

University of Groningen

De praktijkassistente. In de huisartspraktijk. Progressie in professionalisering

Nijland, Albert

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1991

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Nijland, A. (1991). *De praktijkassistente. In de huisartspraktijk. Progressie in professionalisering*. [, Rijksuniversiteit Groningen]. [S.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

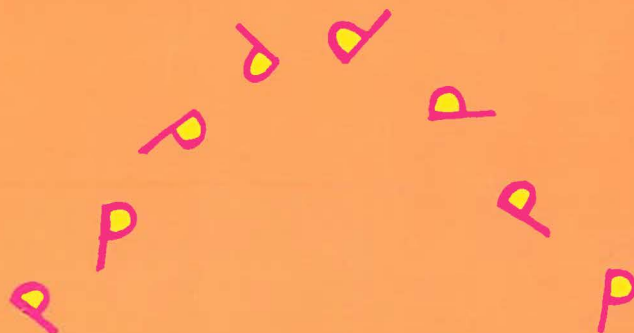
Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

DE PRAKTIJKASSISTENTE

IN DE HUISARTSPRAKTIJK

PROFESSIONALISERING

PROGRESSIE IN



A. NIJLAND

DE PRAKTIJKASSISTENTE

IN DE HUISARTSPRAKTIJK

PROGRESSIE IN PROFESSIONALISERING

c 1991 A. Nijland

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Omslag: Kees van Zanten

Druk: Krips Repro, Meppel

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Nijland, Albert

De praktijkassistente in de huisartspraktijk: Progressie in professionalisering / Albert Nijland.

- Meppel: Krips Repro.

Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. - Met lit. opg.

ISBN 90-9004663-1

Trefw.: praktijkassistente, doktersassistente, huisartspraktijk, delegeren.

Stellingen

behorende bij het proefschrift

'De praktijkassistente in de huisartspraktijk; progressie in professionalisering'
van A.Nijland

1. Het logisch gevolg van standaardiseren is delegeren.
2. Door systematisch delegeren van taken wordt een betere verdeling van taken tussen huisarts en praktijkassistente bereikt.
3. Het invoeren van de beroepsopleiding voor huisarts heeft geen aantoonbare gevolgen gehad voor de mate waarin de praktijkassistente wordt ingeschakeld.
4. Zolang de gediplomeerde, full-time werkende praktijkassistente veel meer kost dan in de post 'assistentie' van het kostenbudget wordt vergoed, ontbreekt voor de huisarts een belangrijke prikkel zich te verzekeren van meer en (beter) opgeleide assistentes.
5. Voor de voortgaande professionalisering van de praktijkassistente is de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden van huisartsen van groot belang.
6. Mede door positieve discriminatie is het beroep van doktersassistente weinig geëmancipeerd.
7. Het 'opnemen van de telefoon' is de meest ondergewaardeerde functie van de doktersassistente.
8. Gespreksvoering dient een integraal onderdeel van zowel de beroepsopleiding voor huisarts als van de beroepsopleiding voor doktersassistente te zijn.
9. Het is in het belang van zowel de patiënt als de kwaliteit van de praktijkvoering van de huisarts dat het herhalen van recepten niet via de telefoon plaatsvindt. [J. de Haan: De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Dissertatie. Meditekst, Lelystad 1986]
10. De mening van de huisarts over taakdelegatie is van weinig invloed op dat wat de praktijkassistente feitelijk gedelegeerd krijgt.
11. Het verdient aanbeveling de startdatum van een medicijn op het etiket te vermelden.

12. Voor de ontwikkeling van de beroepsgroep doktersassistenten is het van belang de naam praktijkassistent te adopteren.
13. The reason for poor results of management by surgery or conservative means of idiopathic megacolon is probably our ignorance concerning the pathogenesis rather than any obvious mismanagement.
14. Protocollaire geneeskunde naar Amerikaans model heeft slechts een financieel effect.
15. De beperkte beroepskeuzemogelijkheden, opgelegd door het apartheidssysteem, maakt dat veel zwarte werkers hun baan met desinteresse tegemoet treden.
16. Het verplicht stoppen op een kruispunt van wegen, waarna de eerstaangekomene het recht van voorrang geniet, zal veel verkeersongelukken kunnen voorkomen.

Rijksuniversiteit Groningen

DE PRAKTIJKASSISTENTE

IN DE HUISARTSPRAKTIJK

PROGRESSIE IN PROFESSIONALISERING

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de Geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus Dr. S.K. Kuipers
in het openbaar te verdedigen op woensdag 18 december 1991
des namiddags te 1.15 uur precies

door

Albert Nijland

geboren op 16 juni 1954 te Zuidlaren

Promotor: Prof. Dr. B. Meyboom - de Jong

Referent: Dr. J. de Haan

Promotiecommissie : Prof. Dr. W.J.A. van den Heuvel
Prof. Dr. H. Lamberts
Prof. Dr. H. Wesseling

Het in dit proefschrift beschreven onderzoek werd mogelijk gemaakt door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Het in drukvorm verschijnen van de onderzoeksresultaten werd mede mogelijk gemaakt door financiële steun van: Glaxo bv, Organon Nederland bv en Schering Nederland bv.

Woorden van dank

Het op de voorpagina van een proefschrift noemen van één naam is misleidend; dit boekje is tot stand gekomen met de hulp van velen, die ik op deze plaats graag wil bedanken voor alle medewerking de afgelopen jaren en van wie ik speciaal wil noemen:

- Betty Meyboom - de Jong, wegens de tomeloze energie en het enthousiasme waarmee zij de begeleiding van dit onderzoek gestalte heeft gegeven;
- Jan de Haan, de geestelijk vader van het onderzoeksproject, voor zijn inzet om dit promotie onderzoek tot een goed einde te brengen;
- Klaas Groenier, zonder wiens methodologische kennis en computerkunde deze artikelen reeks niet gerealiseerd zou zijn;
- Koos van der Velden, collega tropenarts, waardoor de samenwerking vanaf het begin niet meer stuk kon;
- Colette Tuntler - Vink, voor de gedegen aanpak van het keuzeproject;
- Margot Pistor - Hendriks, voor de enthousiaste hulp bij het analyseren van de huisartsen-enquête;
- Kees van Zanten, aan wie ik de omslag van dit boekje dank. Inderdaad, je ziet meer als je de 'Long Way Home' neemt;
- Harald Abrahamse, voor het samen attaqueren van de data brij;
- de onderzoekers en medewerkers van het NIVEL: Marleen Foets, Loek Stolx, Francois Schellevis, Han Snellenberg en Ria Karamat-Ali voor het met raad en daad terzijde staan. De samenwerking verliep plezierig en stimulerend;
- de medewerkers van het Huisartsen Instituut te Groningen: Ineke Brink, Dymphy van den Berg, Sylke Brecht, Ria Kingma, Greetje Heerlien-Poll, zelden zullen jullie zo veel te maken hebben gehad met iemand die er bijna nooit was; hartelijk dank voor het vele secretariële en organisatorische werk.

Ellen, alleen met jouw steun en jouw grote toewijding aan ons gezin was het mogelijk dit werkstuk te maken.

Ter nagedachtenis aan mijn vader.

Aan mijn moeder en Ben.

Aan Ellen en onze kinderen Anne Mushandimai en Thomas Hendrik Jan.

INHOUD

1.	Inleiding	13
2.	Progressie in professionalisering	
	De doktersassistente: Een literatuur overzicht.	17
2.1	Samenvatting	19
2.2	Inleiding	19
2.3	Methoden	20
2.4	Historische ontwikkeling	21
2.5	Opleiding	22
2.6	Delegeren van werkzaamheden	24
2.6.1	Wat is delegeren ?	24
2.6.2.	Voorwaarden voor delegeren	25
2.6.3.	Organisatie van taakdelegering	26
2.6.4.	Gedelegeerde werkzaamheden	27
2.6.5.	Acceptatie door de patiënt	29
2.7	Beschouwing	31
2.8	Literatuur	34
3.	De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente.	37
3.1	Samenvatting	38
3.2	Inleiding	38
3.3	Methoden	39

3.4	Resultaten	40
3.4.1	Werkzaamheden	42
3.4.2	Meewerkende partners	46
3.5	Beschouwing	46
3.6	Literatuur	49
4.	De doktersassistente: Een beroep in beweging.	51
4.1	Samenvatting	53
4.2	Een beroep in beweging	53
4.3	Enquête	54
4.4	Uitkomsten	55
4.4.1	Doktersassistenten werkzaam bij de huisarts	56
4.4.2	Werkzaamheden	56
4.4.3	Praktijk niveau	60
4.4.4	Doktersassistenten werkzaam op een polikliniek	60
4.4.5	Doktersassistenten werkzaam elders	60
4.5	Beschouwing	61
4.6	Literatuur	64
5.	Determinanten van delegeren.	
	Het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente door de huisarts.	65
5.1	Samenvatting	66
5.2	Inleiding	67
5.3	Methode	67
5.3.1	Constructie van een delegatie-index voor praktijkassistenten	68

5.4	Resultaten	70
5.4.1	Assistente niveau	70
5.4.2	Praktijk niveau	71
5.4.3	Huisarts niveau	73
5.5	Beschouwing	75
5.6	Literatuur	76
6.	Zelfstandige verrichtingen van de praktijkassistente in de huisartspraktijk.	77
6.1	Samenvatting	79
6.2	Inleiding	79
6.3	Methoden	80
6.3.1	Delegatie-index	82
6.3.2	Validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens	83
6.4	Resultaten	84
6.4.1	Diagnostische verrichtingen	90
6.4.2	Behandelingsverrichtingen	91
6.4.3	Patiënt-gebonden verrichtingen	92
6.4.4	Administratieve verrichtingen	92
6.4.5	Herhaalreceptuur	92
6.4.6	Nieuwe recepten	95
6.4.7	Contactredenen zonder medicatie	95
6.4.8	Delegatie-index	97
6.5	Beschouwing	99
6.6	Literatuur	102
7.	Wil de huisarts taken delegeren aan de praktijkassistente ?	103
7.1	Samenvatting	105
7.2	Inleiding	105

7.3	Methoden	107
7.4	Resultaten	109
7.4.1	Vrouwelijke huisartsen	118
7.5	Beschouwing	119
7.6	Literatuur	122
8.	Ondersteuning van de Britse huisarts. Kunnen wij er van leren ?	123
8.1	Samenvatting	125
8.2	Inleiding	125
8.3	Methoden	126
8.4.1	De Britse situatie	127
8.4.2	De Practice Nurse	130
8.4.3	Opleiding	132
8.4.4	Takenpakket	132
8.4.5	Mening van de Britse huisarts	133
8.4.6	De andere leden van het 'Primary Care Team'	135
8.4.7	De Nurse Practitioner	135
8.5	Beschouwing	136
8.6	Literatuur	139
9.	Slotbeschouwing	143
10.	Samenvatting	151
11.	Summary	159

12.	Bijlagen	169
12.1	Handleiding bij het contactregistratie formulier voor assistentes	169
12.2	Contactregistratie formulier	178
12.3	Nationale Studie enquête voor doktersassistenten	180
12.4	NVDA congres enquête	188
12.5	Enquête mening nederlandse huisarts over taakdelegering	198
12.6	Begeleidende brief voor Nationale Studie huisartsen	208
12.7	Begeleidende brief voor huisartsen uit steekproef	210

1. Inleiding

Het onderzoeksproject "Verrichtingen door de doktersassistente" is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Dit onderzoeksproject maakt deel uit van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (NIVEL); een door het Ministerie van WVC gesubsidieerd onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Op het, op 1 december 1989 gehouden, NHG congres "Praktijk in uitvoering", was de assistente^{1*} in de huisartspraktijk een centrale rol toebedeeld. In zijn toespraak tot het congres meldde de staatssecretaris van WVC:

*"Er zijn signalen die er op wijzen dat een betere werkverdeling en organisatie van de praktijk het mogelijk maakt de doktersassistente voor een groter scala aan taken in te schakelen. Enkele taken worden al regelmatig genoemd. Dit betreft inschakeling bij bepaalde preventieve taken en het geven van patiëntenvoorlichting, de systematische controle van bepaalde patiëntengroepen en het in het kader van preventie zonodig oproepen daarvan. Daarnaast liggen er taken op automatiseringsgebied, zoals het invoeren, up-to-date houden en bewerken van gegevensbestanden. Er zal, t.a.v. taakdelegatie, eerst consensus moeten worden bereikt over de aard en omvang van de te delegeren taken. Daarna kan worden gewerkt aan het realiseren van de benodigde randvoorwaarden."*¹

Het belang van de rol van de doktersassistente wordt in toenemende mate onderkend; niet alleen van overheidswege, maar ook door de beroepsgroep van huisartsen en door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

In ons land zijn weinig gegevens beschikbaar over het werk van de doktersassistente. Hier ligt een groot terrein braak voor onderzoek. De studies van Smilde², Van Ree³ en De Haan⁴ zijn een uitzondering in dit opzicht. Deze auteurs tonen aan dat de doktersassistente een wezenlijk aandeel kan leveren in de behandeling en begeleiding van patiënten met bepaalde ziekten. Het onderzoek van De Haan spitste zich toe op de vraag welke taken de huisarts in de praktijk kan delegeren aan de assistente. In dit onderzoek vond de behandeling en begeleiding van patiënten met luchtweginfecties, huidaandoeningen, wratten, kleine ongevallen, hypertensie, pilcontrole, verstopt oor en diabetes geprotocolleerd plaats door de assistente.⁴ Het onderzoek van De Haan vond plaats in zijn eigen praktijk. Dat kwam de uitvoerbaarheid van het onderzoek ten goede, maar de generaliseerbaarheid van de uitkomsten wordt erdoor beperkt. Het ging hierbij immers om 1 huisartspraktijk, 1 huisarts en 1 doktersassistente.

^{1*} In deze studie wordt consequent gesproken van de doktersassistente of praktijkassistente. In de meerderheid van de gevallen kan daarvoor echter ook de mannelijke vorm worden gelezen. De keuze voor de vrouwelijke vorm is uitsluitend ingegeven door praktische en stylistische overwegingen.

De 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', van het NIVEL^{5,6}, bood de mogelijkheid te onderzoeken welke taken de assistente zelfstandig uitvoert in de huisartspraktijk. Middels een daartoe ontworpen contact-registratie-formulier werden alle zelfstandig aangegane contacten met patiënten geregistreerd, waardoor het tevens mogelijk werd inzicht te krijgen in de inhoudelijke aspecten van de assistente-patiënt contacten. Door middel van aanvullend onderzoek naar de kenmerken van de doktersassistenten, van de huisartspraktijken waarin en van de huisartsen waarbij de doktersassistenten werkzaam zijn, kon meer inzicht worden verkregen in de factoren die van invloed zijn op het delegeren van taken aan de doktersassistente. Tevens werd inzicht verkregen in de bestaande feitelijke situatie m.b.t. de assistentie en in de opvattingen van huisartsen over de wenselijkheid van taakdelegering.

Het is voor het huisartsgeneeskundig handelen van belang te weten welke taken de huisarts aan de doktersassistente kan overdragen. Uit het oogpunt van efficiency moeten de taken die door lager geschoolde personen uitgevoerd kunnen worden niet door mensen worden gedaan met een hogere opleiding.⁷

Een systematische inschakeling van de doktersassistente, zoals ook bepleit op het NHG congres van 1989, kan een verschuiving te weeg brengen in het werk van de huisarts. De huisarts kan eenvoudige taken overlaten aan de assistente en zelf complexere problemen oplossen en eventueel een deel van het werk van de specialist overnemen. Er zijn ook aanwijzingen dat het systematisch inschakelen van de doktersassistente een verbetering van de kwaliteit van de zorg kan betekenen.^{2,3} Het implementeren van de NHG-standaarden in de praktijkvoering, het opzetten van systematische preventie activiteiten zal worden gefaciliteerd door het systematisch inschakelen van de doktersassistente. Daarnaast zal zij het de huisarts mogelijk maken zijn door substitutie en (intensieve) thuiszorg toenemende taken adequaat uit te voeren. Naast standaarden voor de huisarts kunnen er standaarden voor het werk van de assistente worden opgesteld.

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in het werk van de doktersassistente in de huisartspraktijk. En te komen tot richtlijnen ter bevordering van uniformiteit van de functie van doktersassistente en de mogelijkheden te onderzoeken om te komen tot een uitgebreid, afgebakend en geprotocolleerd takenpakket van de doktersassistente.

Op grond van bovenstaande overwegingen is gekozen voor de volgende vraagstellingen:

- Vraagstelling 1. : Welke verrichtingen worden door de assistente uitgevoerd in de huisartspraktijk en welke verrichtingen zou de assistente willen uitvoeren ?
- Vraagstelling 2. : Welke factoren zijn van invloed op de mate van inschakelen van de doktersassistente ?

- Vraagstelling 3. : Zijn er aanbevelingen te geven op grond van de onderzoeksresultaten die een adequater inschakelen van de dokters-assistente kunnen bevorderen ?
- Vraagstelling 4.: Hoeveel assistente-patiënt contacten hebben plaats gevonden in de Nationale Studie en welke morbiditeit betreft het ?
- Vraagstelling 5.: Hoe denkt de Nederlandse huisarts over het delegeren van taken aan de doktersassistent(e) ?

Literatuur

1. Anoniem. Staatssecretaris H.J. Simons streeft naar consensusvorming in het werk. Med Cont 1989; 44 (49): 1608 - 9.
2. Smilde JG. Inschakelen van paramedici bij de behandeling van hypertensie. [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1979.
3. Van Ree JW. Het Nijmeegs interventieproject. [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
4. De Haan J. De doktersassistent(e). Delegeren van taken in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
5. Foets M, Van Der Velden J, Van Der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
6. Foets M, Van Der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
7. Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van de doktersassistent(e) ? Med Cont 1976; 31: 299 - 302.

2 PROGRESSIE IN PROFESSIONALISERING

De doktersassistente: Een literatuur overzicht

A. Nijland;
J. de Haan

2.1 Samenvatting

In deze literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van de historische ontwikkeling van het beroep van doktersassistente. Tevens wordt nagegaan hoe de opleiding voor doktersassistente is geregeld. Nader wordt ingegaan op de huisarts-, de assistente- en patiënt factoren die een rol spelen bij het delegeren van taken door de huisarts aan de assistente en aan welke voorwaarden moet worden voldaan. Artsen zouden eigenlijk alle taken moeten delegeren, die even goed of beter kunnen worden gedaan door werkers met een kortere opleiding. Welke taken (zouden kunnen) worden gedelegeerd en welke consequenties dit heeft voor de praktijkvoering en -organisatie, wordt eveneens beschouwd.

2.2 Inleiding

Het integrale karakter van de huisartsgeneeskunde maakt dat vanuit een groot aantal kennisgebieden in hoog tempo nieuwe inzichten worden aangeleverd. Huisartsen ontleen hun kennis grofweg aan een 60-tal disciplines en alleen al in Nederland bestaan 40 tijdschriften waaruit de huisartsen hun kennis kunnen putten.¹

Sedert 1974, het jaar van de invoering van de beroepsopleiding voor huisarts en ook het jaar van de Structuurnota van de toenmalige staatssecretaris Hendriks, is een beleid op gang gekomen waarin de nadruk wordt gelegd op het terugdringen van de suprematie van de specialistische geneeskunde. De huisartsgeneeskunde dient een aantal zaken over te nemen van de specialist dat even goed door de huisarts kan worden behandeld: het substitutie beleid en de thuiszorg.² Daarnaast hecht de overheid voor haar toekomstig beleid in de gezondheidszorg grote waarde aan preventie van hart- en vaatziekten en kanker en verwacht hierbij veel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het daarin onderbrengen van het screeningsprogramma cervix-carcinoom is er een uiting van.³ Voor de werkbelasting van de huisarts is voorts van belang te constateren dat het aantal patiënten met chronische aandoeningen door de vergrijzing zal toenemen.

Genoemde factoren zijn facetten van het professionaliseringsproces van de huisarts en raken direct of indirect de praktijkvoering. Uit de 'Nationale Studie' weten we dat de huisarts gemiddeld 48,8 uur per week werkt (exclusief de uren bereikbaarheidsdienst) en dat er sprake is van een 70-30 verhouding met betrekking tot het aantal uren patiënt-gebonden en niet-patiënt-gebonden activiteiten.⁴

Gaat de huisarts de uitdaging van dit beschreven verwachtingspatroon aan, dan zullen aanpassingen in praktijkorganisatie en praktijkvoering noodzakelijk zijn: Een ontwikkeling van 'poortwachter' naar 'manager' in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Voor de huisarts is de belangrijkste medewerker de doktersassistente. Het spreekt vanzelf dat het professionaliseringsproces ook invloed op de doktersassistente heeft. Dokters verschillen enorm met betrekking tot de mate van inschakelen van de doktersassistente.⁵ Voor de huisartsen, die hun assistente meer willen inschakelen, is het van belang te weten welke

mogelijkheden er zijn tot het delegeren van taken aan de assistente, welke voorwaarden hierbij een rol spelen en welke consequenties dat heeft voor de praktijkvoering.

Voor het literatuur onderzoek werd dit in de volgende vraagstellingen geconcretiseerd:

1. Hoe is de historische ontwikkeling geweest van het vak doktersassistente ?
2. Hoe is de opleiding geregeld ?
3. Welke werkzaamheden worden in de praktijk gedelegeerd aan de doktersassistente ?
4. Wat vinden patiënten van het meewerken van de assistente ?

2.3 Methoden

Voor het literatuur onderzoek werd gebruik gemaakt van de geautomatiseerde database 'NIDATA' van de bibliotheek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) (Laatste search 31 mei 1990). De volgende trefwoorden werden gehanteerd: doktersassistenten, praktijkassistenten, centrumassistenten, assistenten, medisch assistenten, praktijkhulp, hulpkrachten, algemeen werker, praktijkverpleegkundige. Tevens werden de volgende engelstalige trefwoorden gebruikt: practice nurse, physician's assistant, nurse practitioner, practice assistant, medical assistant, medical receptionist, medical secretary, ancillary staff, delegation. Hiermee werden 102 publicaties gevonden.

Voorts werd in de databank CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) een search verricht met de bovengenoemde engelse trefwoorden, met als extra trefwoord 'new health professional'. De nederlandstalige trefwoorden kwamen niet voor. Hiermee werden ruim 500 publicaties opgespoord; na een eerste screening op basis van titel en abstract bleven 89 artikelen over.

Ook werd een MEDLINE search verricht (= geautomatiseerde index medicus). De enige trefwoorden die herkend werden in MEDLINE waren nurse practitioner (570x), assistant (353x), medical assistant (393x), delegation (60x). In een eerste beoordeling o.b.v. de abstracts is besloten niet deze MEDLINE publicaties, maar de CINAHL publicaties nader te analyseren. Een search in de database KCRA (WVC-literatuur documentatie) van het Rijks Computer Centrum bleek geen additionele informatie op te leveren. Bij het maken van een selectie uit de nederlandstalige literatuur is gekeken naar publikaties uit de volgende tijdschriften: Huisarts & Wetenschap, Medisch Contact, NVDA-Nieuws (het verenigingsblad van de Ned. Ver. van Doktersassistenten), Weekblad Gezondheidszorg, De eerste lijn.

Bij het maken van een selectie uit de engelstalige literatuur hebben wij ons bepaald tot de publicaties uit de volgende tijdschriften: de Journal of the Royal College of General Practitioners (vanaf 1990: British Journal of General Practice), British Medical Journal, de Lancet, de New England Journal of Medicine, de Journal of the American Medical Association, de American Journal of Public Health, Medical Care. Voorts werden artikelen

geraadpleegd uit o.a. Nurse Practitioner, Nursing Management, Nursing Times, Nursing Mirror, Nursing Outlook. Daarnaast is de catalogus van de NIVEL-bibliotheek geraadpleegd om proefschriften, monografieën, boeken en andere publicaties op het spoor te komen.

Ook werden referenties bij de in eerste instantie gevonden artikelen doorgenomen. Hierbij gaat het niet alleen om artikelen die in één van de databanken zitten, maar ook om artikelen in niet-geïndexeerde tijdschriften. De nadruk in deze literatuurstudie ligt vanwege de eigen aard van de functie van de doktersassistente op de nederlandstalige literatuur. Voor bepaalde begripsomschrijvingen en bepaalde functiefacetten die binnen de nederlandstalige literatuur niet of onvoldoende beschreven zijn, wordt verwezen naar de engelstalige literatuur.

2.4 Historische ontwikkeling

Voor de tweede wereldoorlog was in Europa het begrip "doktersassistente" of "praktijkassistente" nergens anders bekend dan in Duitsland, waar een drietal opleidingen tot "Arzt-helferinnen" bestond.⁶ In Nederland werden huisartsen in de praktijk meestal door hun echtgenotes geholpen, soms door een verpleegster, een analiste of een door henzelf opgeleide (huishoudelijke) hulp.⁷ Langzamerhand echter groeide het besef dat een speciaal daarvoor opgeleide hulpkracht de huisarts veel werk uit handen kon nemen.⁸ Van Deen schrijft in zijn dissertatie 'Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk' (1952) dat hij per dag 11 uur en 30 minuten aan medisch werk besteedt; hiervan kan de assistente 2 uur en 20 minuten voor haar rekening nemen. Belangrijk is dat de assistente de beschikking heeft over een eigen vertrek, dat in verbinding staat met de wacht- en de spreekkamer, dat zij de gehele dag beschikbaar is, geen visites maakt, niet in de spreekkamer aanwezig is bij de behandeling, maar wel bereikbaar om in voorkomende gevallen te helpen.⁹ In zijn proefschrift 'De praktijkhulp van de huisarts' (1956) doet Ten Cate verslag van een arbeidsanalyse van het werk van de doktersassistente. Ook hierin wordt gewezen op het belang van de aanwezigheid van voldoende praktijkruimte voor het goed functioneren van de praktijkhulp. De assistente dient een centrale plaats te hebben in het praktijkgebouw. Uit zijn analyse blijkt dat in een huisartspraktijk voldoende werk is voor een full-time assistente⁶.

Aanvankelijk was de assistente een hulpje van de dokter zonder een duidelijk omschreven taak. Door verdere ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg veranderde de functie-inhoud. Doktersassistente is in de loop der jaren een volwaardig beroep geworden.⁸ In 1963 werd de Nederlandse Vereniging van Dokters-Assistenten (NVDA) opgericht; deze werd in 1975 bij Koninklijk Besluit rechtspersoon.¹⁰

In de begin jaren zeventig bestond veel belangstelling voor het door Van den Dool gelanceerde idee van 'anticiperende geneeskunde'.¹¹ De rol van de assistente in deze nieuwe wijze van praktijkvoering werd o.a. door Huygen belicht, enkele jaren later gevolgd door Van Weel en Van Veen.¹²⁻¹⁴ Dit betekende een eerste aanzet tot een uitbreiding van de taken

van de doktersassistente, waarbij de nadruk werd gelegd op haar rol in het opzetten en uitvoeren van systematische preventieve activiteiten in de huisartspraktijk.

De Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft in 1978 en in 1980 een opsomming gegeven van de taken die zij tot het werk van de assistente rekent.^{15,16} In deze inventarisatie vinden we nog weinig dat wijst op een zelfstandig functioneren van de praktijkassistente. De Nederlandse Vereniging van Dokters-Assistenten (NVDA) ziet de doktersassistente als een veel zelfstandiger werkend persoon. In 1982 brengt de NVDA het rapport "De doktersassistente in de praktijk" uit. Hierin is de verenigingsvisie op het beroep van doktersassistente vervat.^{17,18} In het rapport "Beroepsprofiel van de doktersassistenten" (1988)¹⁰ schrijft de NVDA: 'De veranderingen binnen de gezondheidszorg, zoals de taakverschuivingen van de tweede- naar de eerstelijnsgezondheidszorg en de daaraan gekoppelde versterking van de eerstelijns, zullen van invloed zijn op het takenpakket van de doktersassistente. In steeds meer praktijken en gezondheidscentra zijn er doktersassistenten die een zelfstandig spreekuur houden, voor o.a. de wondverzorging, het geven van injecties, bloeddrukcontroles. Dit is vooral bedoeld om de arts van deze routinetaken te ontlasten, waardoor de arts meer tijd voor andere taken ter beschikking heeft. Gedurende dit spreekuur is altijd een arts aanwezig in het praktijkpand of gezondheidscentrum, zodat de doktersassistente de arts kan inschakelen wanneer dat nodig is.'

De opkomst van gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden, als groepspraktijken, heeft ook invloed gehad op de functie van de doktersassistente. De samenwerking met (vaak meerdere) huisartsen, vertegenwoordigers van andere disciplines, als ook met collega-doktersassistenten heeft de eigen visie van de doktersassistente op haar functioneren veranderd.¹⁹⁻²¹ In deze samenwerkingsverbanden kon de doktersassistente namelijk een veel zelfstandiger rol gaan spelen. Uit huisartsgeneeskundig onderzoek is gebleken, dat het systematisch en verantwoord delegeren van taken aan de assistente kan leiden tot een kwaliteitsverbetering van de zorg voor patiënten in de huisartspraktijk.⁸

Vanwege hun werkplek valt een deel van de doktersassistenten onder een CAO (CAO voor het ziekenhuiswezen; CAO gezondheidscentra). Voor de grote groep doktersassistenten werkzaam in solo-, duo- en groepspraktijk is echter nog steeds geen CAO gerealiseerd. De lopende onderhandelingen gaan tussen LHV en NVDA. Nu de huisartsgeneeskunde de laatste twee decennia een hoge vlucht heeft genomen, mede door het invoeren van de beroepsopleiding voor huisarts, lijkt het tijd geworden de positie van de doktersassistente verder te professionaliseren: rechtpositioneel en beroepsinhoudelijk.²²

2.5 Opleiding

In 1947 en 1948 werden in Amsterdam de eerste opleidingen voor doktersassistenten door artsen opgericht, namelijk de Stichting Nederlands Instituut voor opleiding van Praktijkassistenten voor Artsen (N.I.P.A.) en de Amsterdamse Stichting tot Opleiding van Praktijkassis-

tenten (A.S.O.P.). In de loop van de vijftiger jaren kwamen hier zoveel al of niet bonafide opleidingen bij, dat de K.N.M.G. in 1961 besloot de Permanente Commissie Doktersassistenten (P.C.D.) in het leven te roepen ten einde het kaf van het koren te kunnen scheiden. De P.C.D. heeft weten te bereiken dat er een zekere uniformiteit binnen de opleidingen kwam door het invoeren van een verplichte praktijkstage en een centraal schriftelijk examen.

Kandidaten die het schriftelijk examen en de stage met goed gevolg afleggen, krijgen een door de K.N.M.G. gewaarmerkt diploma.²³ Aanvankelijk werden de opleidingen voor doktersassistente alleen verzorgd door ongesubsidieerde particuliere instituten. Van Rijkswegen werden plannen ontwikkeld om de opleiding voor doktersassistente onder te brengen in het Nijverheidsonderwijs en in 1972 gingen vier gesubsidieerde opleidingen voor doktersassistenten van start. De opleidingsduur aan deze zogenoemde experimenterscholen was 2 jaar. In 1979 kwam er, in het kader van de herstructurering van het Middelbaar Huishoud en Nijverheids Onderwijs en het Middelbaar Sociaal Pedagogisch Onderwijs (MHNO - MSPO), een nieuwe vorm van opleiding voor doktersassistente. Deze herstructurering had tot doel, van vijfendertig smalle, functiegerichte opleidingen negen brede beroepsopleidingen te maken. De tot dan aparte opleidingen voor doktersassistente, tandartsassistente en apothekersassistente werden samengevoegd tot één opleiding assisterende beroepen, waarbinnen drie afstudeerrichtingen. De opleidingsduur werd 3 jaar. De leerling werd de mogelijkheid geboden in een vervolgjaar een tweede diploma te halen, zodat men bijvoorbeeld in 4 jaar doktersassistente en apothekersassistente kon worden. Voor deze sector "Opleiding assisterende beroepen in de gezondheidszorg" werden 6 scholen voor Middelbaar Beroeps Onderwijs als projectscholen aangewezen.²³⁻²⁷

In augustus 1984 ging op 23 scholen voor middelbaar beroepsonderwijs de opleiding Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs Assistenten in de Gezondheidszorg (MBO-AG) van start.²⁸

Door deze grote uitbreiding van de opleidingscapaciteit dreigt er een tekort aan stageplaatsen te ontstaan.²⁴ Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat er momenteel twee soorten opleiding zijn:

1. De particuliere instituten, die een een- of meerjarige avond- of dagopleiding verzorgen en die onder toezicht staan van de PCD.
2. De scholen die in het kader van het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs (MDGO) een driejarige dagopleiding Middelbaar Beroepsonderwijs Assistenten in de Gezondheidszorg (MBO-AG) bieden.

Men kan zich afvragen of een driejarige dagopleiding niet superieur is aan een eenjarige avondcursus.⁸ Ook Van den Hout duidt hierop wanneer hij schrijft: '...dat naast kennis enige praktische vaardigheid in gespreksvoering noodzakelijk is, die zeer moeilijk kan worden gedoceerd en zeker niet in een schriftelijke cursus.'³⁰ Om de aansluiting van het onderwijs op de beroepspraktijk te verbeteren heeft de overheid aan het SOGW (Sectoroverleg Onderwijs Gezondheidszorg en Welzijn) opdracht gegeven beroepsprofielen en beroepsopleidingsprofielen te laten opstellen.³¹ Het 'Eerste generatie eindtermendocument' is eind 1989 beschikbaar

gekomen. In het beroepsonderwijs vormen de eindtermen de eisen waaraan de leerling moet voldoen aan het eind van de opleiding.³² Het bestaande 'Beroepsprofiel van de doktersassistenten' van de Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA)¹⁰ is inmiddels omgewerkt tot een nieuw concept beroepsprofiel dat betrekking heeft op de doktersassistente werkzaam bij de huisarts, op de polikliniek respectievelijk bij een (bedrijfs)geneeskundige of gezondheidsdienst.³³ Vanuit dit beroepsprofiel wordt een opleidingsprofiel opgesteld, dat rekening houdt met de wensen van vervolgopleidingen en maatschappelijke kwalificatiewensen en waarvan de tweede generatie 'definitieve' eindtermen kan worden afgeleid. Dit nieuwe eindtermen-document zal de basis vormen voor de opleiding en examinering aan de MDGO-scholen en zal hopelijk worden geaccepteerd door de particuliere instituten. Pas dan kunnen we spreken van een doktersassistente die overal inzetbaar is en van wie het opleidingsniveau voor het hele land hetzelfde is. Aangezien het beroep van doktersassistente sterk in beweging is, zullen in de toekomst zeker aanpassingen nodig zijn. Hierbij is in de eerste plaats te denken aan delegatie van taken van de arts aan de doktersassistente.³¹

2.6 Delegeren van werkzaamheden

- a. wat is delegeren ?
- b. voorwaarden voor delegeren
- c. organisatie van taakdelegering
- d. gedelegeerde werkzaamheden
- e. acceptatie door de patiënt

2.6.1 Wat is delegeren ?

Nauw aansluitend bij de organisatie-theorie komt Weisz (1972) tot de volgende definitie van delegatie: 'Delegeren is het overdragen van een taak door een persoon van een hogere rang aan een persoon die aan hem ondergeschikt is. Met de taak wordt daarbij de bijbehorende bevoegdheid overgedragen'. De gedelegeerde aanvaardt verantwoordelijkheid voor de juiste uitvoering van de aan hem overgedragen taak. De opdrachtgever is daardoor echter niet van zijn verantwoordelijkheid ontheven, want de verantwoordelijkheid rust nu op twee personen in plaats van op één. De verantwoordelijkheid van de gedelegeerde is noch de reden van, noch het wezen van, maar slechts het resultaat van de delegatie.^{34,35} Een tweede aanzet tot definiëring en begripsverheldering op delegatiegebied vinden we bij Reedy (1972). Hij definieert delegatie als een proces waarbij werk aan anderen wordt overgedragen en hen bevoegdheid wordt gegeven om dat werk te doen.³⁶ Keuning en Eppink - twee organisatiespecialisten - omschrijven delegeren als: 'het door een daartoe bevoegde functionaris overdragen van taken aan (een) andere functionaris(-sen)'. Een 'taak' wordt gedefinieerd als:

'De technische inhoud van een functie'. Als door delegatie taken worden overgedragen, dienen daarbij tevens de voor de uitvoering van die taken vereiste bevoegdheden te worden verleend, zodat de uitvoerende functionaris ook in staat is de verantwoordelijkheid voor een juiste uitvoering van die taken te dragen. Onder 'bevoegdheid' verstaat men het recht tot het nemen van beslissingen die ten behoeve van het uitvoeren van een taak nodig zijn. 'Verantwoordelijkheid' wordt omschreven als de morele verplichting om een taak naar beste vermogen uit te voeren, alsmede de plicht om over uitvoering van die taak te rapporteren. Taak, bevoegdheid en verantwoordelijkheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De chef die taken delegeert, blijft verantwoordelijk en doet er daarom goed aan controle uit te oefenen ten aanzien van de taakuitoefening.³⁷

2.6.2 Voorwaarden voor delegeren.

Om een taak te kunnen delegeren moet deze duidelijk aangegeven worden en daarom vaststaand en goed gedefinieerd zijn.³⁴ In een later artikel spreken Bruins en Weisz van 'vaststaande methoden van onderzoek en behandeling'.²⁹ Delegatie kan alleen doelmatig zijn als een bepaalde taak (in een gegeven werkgemeenschap) regelmatig voorkomt.^{29,38,39} Aanvullende voorwaarden, meer toegespitst op de huisartspraktijk, zijn:

- De huisarts moet bereid zijn en gemotiveerd zijn taken over te dragen aan de assistente.^{8,29,34,36,38-40}
 - De assistente moet bereid zijn en gemotiveerd zijn de aan haar opgedragen taken uit te voeren en moet bereid zijn ook verantwoordelijkheid hiervoor te dragen.
 - De assistente moet geschikt zijn op grond van opleiding en instelling. De assistente moet nauwkeurig en systematisch kunnen werken.^{8,29,30,39,40}
 - De patiënt moet instemmen met de delegatie.^{8,29,39}
 - De huisarts moet direct bereikbaar zijn als de assistente hem nodig heeft.
 - Regelmatig overleg tussen de huisarts en de assistente is noodzakelijk (controle en supervisie).
- De huisarts moet bereid zijn een goede supervisie te geven. Dit betekent dat er goede vormen gevonden moeten worden voor rapportage en dat er tijd beschikbaar moet zijn voor onderling overleg. Alle patiënten die door de assistente behandeld worden moeten besproken worden met de huisarts.^{8,39}
- Opleiding en ervaring: voor het delegeren van taken aan de assistente is het belangrijk dat de assistente voldoende is opgeleid. Een diploma voor doktersassistente is hiervoor een eerste vereiste. Ook zal de doktersassistente enkele jaren ervaring moeten hebben alvorens ze zelfstandig patiënten verantwoord kan behandelen.³⁹
 - Er mogen geen wettelijke bezwaren zijn.^{8,29,38,40}

In ons land kent de doktersassistente geen wettelijke bevoegdheden, maar de arts is

gerechtigd alle werkzaamheden die in de praktijk voorkomen, uit handen te geven, mits hij redelijkerwijze de eindverantwoordelijkheid kan blijven dragen.^{41,42} Dit is de zogenaamde 'verlengde arm-theorie'. De onbevoegde hulpkracht aan wie de arts iets opdraagt of overlaat, wordt als een 'verlengstuk' van de arts gezien en de arts blijft steeds verantwoordelijk voor de door de assistente uitgevoerde taken.^{43,44}

2.6.3 Organisatie van taakdelegering

Met het oog op de aanvaardbaarheid voor de patiënten, bepleiten Bruins & Weisz²⁹ een langzaam opvoeren van de delegatie. "Wanneer een doktersassistente langzaam meegroeit met de praktijk zal een uitbreiding van haar taken ook gemakkelijker door de patiënten worden aanvaard. Dit pleit voor een langzaam opvoeren van delegatie en tegen een abrupte invoering." Van Ree sluit zich hierbij aan wanneer hij voorstelt naast de hypertensiecontroles ook de bewaking van andere chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus in het normale praktijkwerk van de assistente in te bouwen.³⁸

In dit verband merkt De Haan op dat het van belang is dat de patiënten goed worden voorgelicht over de gang van zaken in de praktijk.⁴⁰ Als de assistente zelfstandig patiënten onderzoekt, dient zij over een eigen werkruimte te beschikken.^{5,8,22,38-40,45,46}

In steeds meer praktijken en gezondheidscentra zijn er doktersassistenten die een zelfstandig spreekuur houden, voor o.a. de wondverzorging, het geven van injecties, bloeddrukcontroles.¹⁰ Ook de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra geeft in de functieomschrijving van de centrumassistente de mogelijkheid aan van het zelfstandig houden van specifieke spreekuren, bijvoorbeeld een wrattensprekuur.⁴⁷ De assistente met een eigen spreekuur blijkt vooral patiënten met chronische aandoeningen te zien (hypertensie, diabetes)^{40,48} In het kader van taakdelegering bij de opsporing en follow-up van hypertensie patiënten, bespreekt Van Veen de praktijkorganisatorische consequenties.¹⁴ Het opzetten en uitvoeren van een surveillance-systeem heeft personele, administratieve en organisatorische implicaties.

De risicogroep zal in kaart moeten worden gebracht, oriënterende bloeddrukmetingen zullen moeten worden verricht, veelal zal herhaling van de bloeddrukmeting en enige nadere diagnostiek nodig zijn, terwijl de follow-up, de zingeving van alle eerdere stappen, de grootste aandacht zal vragen. Een patiënten-registratie systeem is voor de implementatie van systematische preventieve activiteiten van groot belang.^{39,45,46} Het door een verdergevoerde automatisering gemakkelijker beschikbaar zijn van leeftijds- en geslachtsregisters speelt daarbij ook een rol.⁴⁵ De belasting van de praktijkassistente in tijd bleek in het RIFOH-project (Risicofactorenonderzoek hart- en vaatziekten) een kernpunt, evenals in het Nijmeegs Interventie Project.^{38,46}

Extra assistentie lijkt veelal noodzakelijk. Anderzijds gaf men ook aan dat in veel gevallen effectiever gebruik gemaakt kan worden van reeds aanwezige assistentie.³⁸ Indien

men wil bewerkstelligen dat de huisarts meer aan systematische preventie doet, zal men hem moeten stimuleren hiervoor gekwalificeerd personeel aan te trekken.⁴⁵ Maar ook de huisarts zal zijn tijd opnieuw moeten indelen. Er zullen organisatorische vormen gevonden moeten worden voor de uitvoering van de delegatie. De Haan bespreekt als mogelijkheid een assistente-spreekuur tussen 11 en 12 uur, gedurende welke tijd de huisarts zijn/haar 'regeluurtje' heeft: dicteren van verwijsbrieven, post doornemen en de noodzakelijke telefoontjes plegen.⁴⁰ De huisarts is hierdoor in het praktijkgebouw aanwezig wanneer de assistente haar eigen spreekuur houdt en kan zo nodig door haar worden ingeschakeld. Alle patiënten die door de assistente behandeld worden, moeten besproken worden met de huisarts.^{8,35,36,39} Hiervoor kan b.v. aan het einde van de dag een patiëntenbespreking worden gehouden. Een dergelijke bespreking is niet alleen van belang voor de assistente maar ook voor de huisarts. De huisarts wordt op deze wijze geïnformeerd over allerlei zaken betreffende zijn patiënten, die via de assistente bekend worden.^{14,39} Deze noodzakelijke feedback hoeft niet te leiden tot een toename van de gebruikelijke overlegtijd.³⁸

2.6.4 Gedelegeerde werkzaamheden

Eigenlijk zouden artsen alle taken moeten delegeren die even goed of beter kunnen worden gedaan door werkers met een kortere opleiding. Als belangrijkste criterium wordt naar voren gebracht dat de taken goed omschreven moeten zijn. Hiervan uitgaand wordt de stelling verdedigd dat alle vaststaande methoden van onderzoek en behandeling binnen nadere restricties voor delegatie in aanmerking komen en dat voorts initiatief kan worden gedelegeerd in de zin van "the application of prescribed remedies for predicted problems".²⁹ In het 'Beroepsprofiel van de doktersassistenten', zoals dat door de Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA) is omschreven, worden de taken van de doktersassistente in de volgende functies onderverdeeld:

- intake functie;
- patiënt-voorlichtende functie'
- management functie;
- medisch-technische functie;
- administratieve functie.¹⁰

De meest gedelegeerde taak en tevens waarschijnlijk de meest ondergewaardeerde taak is ongetwijfeld het "opnemen van de telefoon". Van den Hout lijkt dit te onderkennen wanneer hij aangeeft dat gespreksvoering een integraal onderdeel van de opleiding voor doktersassistente moet zijn.³⁰ Ook de doktersassistenten zelf zijn deze mening toegedaan getuige de uitkomsten van een inventariserend onderzoek naar de behoeften aan nascholing onder doktersassistenten van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG).^{49,50} Bruins & Weisz geven een opsomming van taken die naar hun mening aan de assistente gedelegeerd

kunnen worden. Ze noemen eerst een aantal technische verrichtingen die de assistente zou kunnen doen, zoals bloed afnemen, lengte en gewicht meten en het geven van injecties. Dat zijn taken die in de praktijk ook vaak uitgevoerd worden door de doktersassistente. De auteurs gaan dan verder met een lijst van methoden van onderzoek en een aantal methoden van behandeling (tabel 1).²⁹ In 1971 schetste Huygen de rol die de praktijkassistente kan hebben bij het bedrijven van "anticiperende geneeskunde". Hierbij kan de uitvoering van het grootste aantal van de screeningsprocedures gedaan worden door de praktijkassistente.¹² Dit werd bevestigd in o.a. het RIFOH-project (Risicofactoren onderzoek hart- en vaatziekten), waarbij in alle onderzoekspraktijken de assistenten de screeningsonderzoeken en de advisering geheel zelfstandig uitvoerden en slechts zelden of nooit een beroep op de huisarts nodig bleek.⁴⁵

Tabel 1. Methoden van onderzoek en methoden van behandeling, in aanmerking komend voor delegatie aan de doktersassistente; naar Bruins en Weisz.²⁹

Methoden van onderzoek

- opnemen van een gestandaardiseerde anamnese;
- verrichten van gestandaardiseerd fysiek onderzoek (inspectie, palpatie, percussie en auscultatie);
- otoscopie (onderscheiden van normale trommelvliezen en afwijkende beelden);
- tonometrie;
- gynaecologisch onderzoek, maken van cervixuitstrijk;
- longfunctie-onderzoek.

Methoden van behandeling

- wondexcisie en wondhechting;
 - verwijderen van wratten;
 - aanstippen van condylomata acuminata;
 - excisie van kleine tumoren;
 - splinters verwijderen;
 - incisie van abscessen;
 - zwachtelen van open benen;
 - punctie van cysten etc.;
 - cerumen uitspuiten;
 - dieetadviezen geven, zoals bij diabetes, overgewicht, ijzergebreksanaemie, gastro-intestinale stoornissen, etc.;
 - uitschrijven en toelichten van standaardrecepten;
 - als voorbeeld voor delegatie van initiatief zou kunnen gelden de follow-up van goed ingestelde chronische patiënten, at risk groepen, bejaarden, pilgebruiksters.
-

In ons land is vooral ervaring opgedaan met het inschakelen van de assistente bij de opsporing en de behandeling van hypertensie. Hypertensie is bij uitstek geschikt om gedelegeerd te worden, omdat de verschillende deeltaken goed te omschrijven zijn. Van Veen beschrijft een protocol dat de assistente kan volgen bij de screening op hypertensie.¹⁴ In 1983 beschrijft Van Ree expliciet de rol van de assistente bij de hypertensiebestrijding in het kader van het Nijmeegs Interventie Project. Naast hypertensie controle valt ook te denken aan de bewaking van andere chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus.³⁸ In dit kader bespreekt Rutten welke deeltaken aan de assistente gedelegeerd kunnen worden.^{46,51} In het onderzoek van De Haan verrichtte de assistente zelfstandig diabetes mellitus controles.^{8,40} Het maken van een cervixuitstrijk werd als methode van onderzoek door Bruins & Weisz voorgesteld voor delegatie aan de assistente (zie tabel 1). Gebleken is dat deze taak goed door de doktersassistente kan worden uitgevoerd.^{8,13,52}

De doktersassistente kan een belangrijke rol spelen in de systematische preventieve zorg. Met name kan de assistente zelfstandig preventieve taken op zich nemen.⁴⁵ Ze kan bloeddrukcontroles verrichten, patiënten met diabetes, adipositas en hypercholesterolemie begeleiden en ze kan immunisatie programma's uitvoeren. Zonder dat er sprake is van een bepaald ziektebeeld kan de assistente een preventiestatus maken van alle patiënten die het spreekuur bezoeken. Zij kan al of niet op een aparte 'preventiekaart' een lijst aanleggen met de volgende gegevens van de patiënt: lengte, gewicht, immunisatie-status, bloeddruk, eventueel cervix-cytologie, lichamelijke activiteiten, rookgewoonte, familie-anamnese. Door deze wijze van registreren kan de assistente een risicoprofiel maken van de patiënt en een signalerings- en bewakingssysteem bijhouden voor patiënten met een verhoogd risico.³⁹ In het kader van de primaire preventie kan de assistente voorlichting geven over gezonde voeding en leefgewoonten.^{39,51,53}

Het belang van protocollen voor de doktersassistente zal voor ieder duidelijk zijn en werd in de literatuur ook steeds onderkend. Men spreekt in dit verband van "flow-charts" of stroomdiagrammen en ook wel van delegatie-modellen, opdat de praktijkassistente systematisch een aantal belangrijke (deel-) taken kan overnemen.^{14,29,54} Recentelijk presenteerden Rutten en Beek de resultaten van een interventiestudie naar o.a. hoestklachten. Onderdeel hiervan vormde een 'hoestprotocol' voor de doktersassistente. De richtlijnen waren goed uitvoerbaar voor de doktersassistente en bleken goed inpasbaar in de dagelijkse praktijkvoering en vereisten weinig extra inspanning van de assistente.⁵¹

2.6.5 Acceptatie door de patiënt

Voor het meten van de acceptatie worden in de literatuur twee methoden vermeld: de directe methode, waarbij de patiënt wordt verzocht een aantal vragen te beantwoorden door middel van een schriftelijke enquête of een interview, en de indirecte methode, waarbij de acceptatie wordt gemeten aan de hand van gegevens over het gedrag van de patiënt, zoals het weigeren

om geholpen te worden door de praktijkassistente, het weglopen uit de praktijk en het (niet) nakomen van vervolgafspraken. Gezien de talrijke methodologische problemen die de indirecte methode met zich meebrengt, wordt meestal gekozen voor de directe methode.³⁵ Een nadeel daarvan is, dat patiënten mogelijk niet objectief zullen oordelen over hun huisarts, omdat ze afhankelijk zijn van diens zorg. Om dit nadeel zoveel mogelijk te elimineren, hebben sommige onderzoekers gekozen voor een aanpak waarbij de patiënt wordt geïnterviewd door een onafhankelijke onderzoeker.^{8,55-59} Dit is echter zeer kostbaar en tijdrovend.

Als we gebruik maken van de directe methode, moeten we ons om te beginnen afvragen wat we precies meten als we de patiënt een aantal vragen voorleggen. Meten we de werkelijke of de hypothetische acceptatie? Werkelijke acceptatie betekent dat de patiënt de assistente accepteert op grond van eigen ervaringen. Met hypothetische acceptatie wordt bedoeld, dat de patiënt de assistente als hulpverlener accepteert, zonder door de assistente te zijn behandeld. Uit de literatuur werd niet altijd duidelijk of de werkelijke of de hypothetische acceptatie was gemeten. Verder dienen we ons te realiseren dat achter een algemene acceptatie van de patiënt wel degelijk een aarzeling kan schuilen. Zo is gebleken uit het onderzoek rond een pseudogroepspraktijk dat de patiënt weinig bezwaar had tegen waarneming in de praktijk.⁶⁰ In een aantal gevallen bleek bij nadere nuancering van de vragen wel een duidelijke voorkeur voor de eigen huisarts. Ditzelfde verschijnsel vinden we terug bij een onderzoek over de weekenddienst in Nederland.⁶¹ We dienen hiermee rekening te houden als we uitkomsten van een acceptatiemeting interpreteren.

In de meeste hier gerefereerde onderzoeken werd de directe methode gebruikt voor de acceptatiemeting. In zijn algemeenheid blijkt dat er een goede acceptatie is van het inschakelen van speciaal opgeleide hulpkrachten in de huisartspraktijk.^{35,55,62-68} De acceptatie is in de jongere leeftijdscategorieën vaak groter dan in de oudere,^{69,70} hoewel ook een omgekeerd verband is gevonden.⁷¹ Andere onderzoekers vinden geen correlatie tussen leeftijd, geslacht en sociale klasse.^{55,57,64} Soms werd een grotere acceptatie van de delegatie gevonden in de lagere sociale klassen.^{8,72} Er is een grote acceptatie voor eenvoudige medisch-technische taken als verband verwisselen, injecties geven, bloeddruk meten e.d.^{8,57,59,68,70,72-74} Boot volstaat met een algemene mededeling dat de patiënten het controleren van de bloeddruk goed accepteren.⁷⁵ In het RIFOH-project bleken de patiënten bijna unaniem de doktersassistente te accepteren als uitvoerster van het (preventie) onderzoek en van eventueel noodzakelijke regelmatige controles.⁴⁵ In het Nijmeegs Interventieproject was 85 procent van de patiënten het ermee eens dat de assistente de bloeddrukcontroles alleen uitvoerde. Er was geen verschil tussen leeftijdsgroepen en sociale lagen.⁷⁶ In het kader van onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis is een enquête gehouden onder patiënten waarin werd gevraagd naar hun mening over het functioneren van de assistentes. Uit dit onderzoek bleek dat de rol van gedelegeerde van de huisarts in de loop van twee jaar steeds belangrijker werd gevonden. Met de rol als gedelegeerde bedoelde men: het beoordelen of de dokter moet komen en het verrichten van medisch technische handelingen.⁷⁴ Ook blijkt het afleggen van

huisbezoeken door de patiënt te worden geaccepteerd.^{77,78} Voor diagnostische functies van de assistentes bestaat doorgaans een lagere acceptatie.^{8,56,59,65,68,70,71} Hetzelfde geldt voor spoedeisende gevallen.⁵⁶

De meeste onderzoekers vinden een grotere acceptatie, naarmate de patiënt meer ervaring heeft met de 'new health practitioners' of naarmate ze beter op de hoogte zijn van het meewerken van de NHP's.^{8,55,56,66,70-73}

De Haan vond voor sommige verrichtingen een positieve correlatie tussen de mate van ervaring met de assistente en de mate van acceptatie door de patiënt: oren uitspuiten, injecties geven, het meedelen van de uitslag van een Röntgen-onderzoek, pilcontroles en het verwijderen van een vuiltje uit het oog.⁸ De acceptatie is groter als de patiënt weet dat de NHP goed gesuperviseerd wordt.⁶⁸

Er is verder een correlatie gevonden tussen de mening van de huisarts en de acceptatie door de patiënt. Naarmate de huisarts positiever stond tegenover het delegeren van taken aan de NHP, was de acceptatie bij de patiënten groter.⁵⁹ Meerdere facetten in zich verenigend, komt Weisz tot de uitspraak: "De bereidheid van arts, assistente en patiënt om delegering te accepteren, hangt sterk af van de persoonlijke relatie die tussen deze personen bestaat."³⁴

2.7 Beschouwing

De literatuur over de nederlandse "doktersassistente" of "praktijkassistente" is qua omvang beperkt, waarbij echter vele facetten aan bod komen. Voor de huisarts als 'medicus practicus' wellicht het belangrijkste, is te weten wat zoal door de doktersassistente kan worden gedaan, welke voorwaarden hierbij een rol spelen en wat de implicaties zijn voor de praktijkvoering. Uit de beschrijving van de historische ontwikkeling, het beroepsprofiel en de opleiding kunnen we constateren dat het beroep van doktersassistente een opmerkelijke ontwikkeling heeft doorgemaakt. De exameneisen zijn dermate hoog geworden dat we van de doktersassistente mogen verwachten dat zij een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren in de huisartspraktijk. Taken als het opnemen van een anamnese, het stellen van een indicatie tot een medische handeling, het uitvoeren van een medische handeling en het verstrekken van informatie hierover aan de patiënt, behoren thans tot de eindtermen van de beroepsopleiding tot doktersassistente.

De essentie van delegeren is dat iemand met een lagere opleiding een aantal taken even goed kan uitvoeren als iemand met een hogere opleiding - en soms zelfs beter. Volgens Bruins & Weisz zouden artsen eigenlijk alle taken moeten delegeren die even goed of beter kunnen worden verricht door werkers met een kortere opleiding.²⁹ In de geneeskunde is het principe van zo economisch mogelijk werken lang niet altijd het motief geweest om te delegeren. Het was veeleer een gebrek aan artsen dat de behoefte deed ontstaan aan lager gekwalificeerd medisch personeel voor de eerste opvang van zieke mensen. Voorbeelden hiervan zijn de 'barefoot doctors' in China, de 'feldshers' in Rusland en de 'medical

assistants' of 'mid level health workers' in vele tropische landen. In ons land zou het motief om te delegeren vooral zijn gelegen in de mogelijkheid om efficiënter gebruik te maken van de opleiding en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Er zijn aanwijzingen dat het meer delegeren van taken in de huisartspraktijk een verbetering van de geboden zorg kan betekenen. In de literatuur worden ook andere motieven genoemd om de assistente meer in te schakelen. Een dergelijke delegering van specifieke (deel-) taken aan de assistente kan een belangrijke vermindering betekenen van de belasting van de huisarts met routine handelingen;^{10,14,29} er komt meer tijd vrij,^{8,29,79,80} zodat de arts zijn/haar werk kan doen op een kwalitatief beter niveau⁷⁹ en de huisarts zich ook meer kan gaan bezighouden met preventie en begeleiding van chronisch zieken.²⁹ De huisarts kan op deze wijze meer en beter aandacht besteden aan de complexe problemen en klachten die de patiënt aanbiedt.²⁹ Rutten spreekt in dit verband van een betere taakverdeling tussen huisarts en assistente.⁵¹ Vanuit de optiek van de assistente zal door een uitbreiding van taken het werk gevarieerder worden. De doktersassistente biedt aldus ook een extra mogelijkheid tot persoonlijk contact; voor patiënten die zich tegenover de arts geremd voelen kan dit een voordeel zijn.^{14,29}

Bruins & Weisz voorzien ook dat er in de praktijken waar de artsen meer werk gaan overdragen, meer doktersassistenten zullen moeten worden aangesteld. Zij concluderen dat dit een belangrijke versterking van de eerste lijn kan zijn. De "tweede-generatie-doktersassistenten" zouden hierbij een belangrijke rol kunnen gaan spelen.⁸¹ Zolang echter de gediplomeerde, full-time werkende doktersassistente veel meer geld kost dan in de post "assistentie" van het kostenbudget wordt vergoed, ontbreekt voor de huisarts een belangrijke prikkel zich te verzekeren van meer en (beter) opgeleide assistentes.

Voor zover ons bekend zijn er maar weinig huisartspraktijken waar de diagnostische en therapeutische taken van tabel 1 worden gedelegeerd. In het buitenland wordt in sommige gevallen bijna driekwart van wat de huisarts doet, gedelegeerd aan 'physician assistants' en 'nurse practitioners'.^{62,82,83} De conclusie die uit deze onderzoeken wordt getrokken, luidt, dat een groot deel van de gezondheidsproblemen in de eerste lijn even goed door 'new health practitioners' als door huisartsen afgehandeld kan worden. Al is de vraag in hoeverre onderzoeksgegevens uit het buitenland representatief zijn voor de eerste lijn in Nederland.

In 1977 schreef Van Veen, n.a.v. pogingen te komen tot standaardisering van medisch handelen m.b.t. hypertensie: 'Het logisch gevolg van standaardisering is meer delegeren'.¹⁴ In dit kader zou het NHG een rol kunnen spelen door in de standaarden aan te geven welke (deel-) taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Ook deze gedelegeerde (deel-) taken zullen dan in de vorm van een protocol of 'delegatie-model' beschikbaar moeten komen voor de doktersassistente. Met behulp daarvan zal de assistente systematisch een aantal belangrijke (deel-) taken kunnen overnemen. Met name de activiteiten t.b.v. systematische preventieve zorg lijken voor delegatie in aanmerking te komen: de begeleiding van chronische patiënten (hypertensie, diabetes mellitus) en de follow-up van bepaalde risicogroepen (adipositas, hypercholesterolemie) en het screeningsprogramma cervixcarcinoom naast immunisatie programma's. Het maken van een risicoprofiel van alle patiënten die het

spreekuur bezoeken en het bijhouden van een signalerings- en bewakingssysteem voor bv. patiënten met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten kunnen ook daartoe behoren, evenals het geven van voorlichting over gezonde voeding en leefgewoonten.

Nu ook is aangetoond dat huisartsen de afhandeling van consulten voor hoestklachten in de meerderheid van de gevallen kunnen overlaten aan hun assistente,⁵¹ lijkt het zinvol na te denken over andere "self-limiting" kleine kwalen, waarbij de anamnese voldoende houvast biedt voor de diagnostiek, het fysisch-diagnostisch onderzoek van betrekkelijke waarde is en de behandelingsmogelijkheden beperkt zijn tot symptomatische therapie. Duidelijk is ook geworden aan welke voorwaarden moet worden voldaan, wil het delegeren van taken op een verantwoorde wijze gebeuren. Deze voorwaarden kunnen niet allemaal tegelijkertijd worden gerealiseerd. Het inschakelen van de assistente is een groeiproces. Ze kan eenvoudig beginnen en langzamerhand meer taken overnemen van de huisarts. Wil de huisarts de uitdaging van het bestaande hoge verwachtingspatroon aannemen, dan zal hij/zij praktijkorganisatorische veranderingen moeten doorvoeren.

In de literatuur zijn verrassend vele aanwijzingen gevonden, dat de doktersassistente hierbij een belangrijke rol kan gaan vervullen.

2.8 Literatuur

1. Van Eijk JThM. Enkele gedachten over het karakter van de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1990; 33: 2: 70 - 3.
2. Post D. Verschuiving van tweede naar eerste lijn. Med Cont 1985; 40: 13: 387 - 8.
3. Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
4. Van der Zee J. De Nationale Studie en het overheidsbeleid t.a.v. de huisarts. Med Cont 1990; 45: 19: 611 - 4.
5. Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom - De Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. Huisarts Wet 1990; 33 (9): 350 - 4, 363.
6. Ten Cate RS. De praktijkhulp van de huisarts. [Dissertatie]. Leiden: Stenfert Kroese NV, 1956.
7. Anoniem. Permanente Commissie Doktersassistenten [jubileumpublicatie] Utrecht: KNMG, 1986.
8. De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. [Dissertatie] Lelystad: Meditext, 1986.
9. Van Deen KJ. Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. [Dissertatie] Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1952.
10. Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistenten. Utrecht: Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA), 1988.
11. Van den Dool. Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. Huisarts Wet 1970; 13: 59.
12. Huygen FJA. Anticiperende geneeskunde: een nieuwe denkwijze voor de huisarts. Huisarts Wet 1971; 14: 447 - 51.
13. Van Weel C. Mogelijkheden tot anticiperen in de geneeskunde. Toetsing aan de hand van het maken van uitstrijkjes. Huisarts Wet 1975; 18: 402 - 5.
14. Van Veen WA. Inschakelen van praktijkassistenten bij het opsporen van patiënten met hypertensie en bij de follow-up. Huisarts Wet 1977; 20 (suppl. H&W): 32 - 4.
15. Anoniem. Taken van de doktersassistente in een huisartspraktijk. Utrecht: NHG: Rapport Commissie Praktijkvoering, 1978.
16. Anoniem. "Minimum eisen Praktijkassistenten" [Rapport]. Utrecht: NHG, Commissie Praktijkvoering, 1980.
17. Anoniem. De doktersassistent(e) in de praktijk. Med Cont 1982; 37 (14): 424 - 6.
18. Anoniem. Rapport doktersassistent(e) in de praktijk. Utrecht: NVDA, 1982.
19. Anoniem. Diskussienota Centrumassistentie. Utrecht: Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, 1983.
20. Anoniem. Informatief discussiestuk over de functie van de centrumassistentie. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1986.
21. Peperkamp P. Schaap met vijf poten wil uit het vuilnisvat. Weekblad Gezondheidszorg 1983; 3 (30/31): 6 - 7.
22. Nijland A, Tuntler - Vink CJHD, Meyboom - De Jong B, De Haan J. De doktersassistente. Een beroep in beweging. Med Cont 1990; 45 (51/52): 1548 - 50.
23. Van den Broek W, Ten Cate RS, Van der Linde F. Opleiding doktersassistenten onderzocht. Med Cont 1981; 36 (35): 1061 - 6.
24. Ten Cate RS. Stageplaatsen voor doktersassistenten. Med Cont 1982; 37 (8): 213 - 20.
25. Ten Cate RS. Opleiding doktersassistenten en wetsontwerp MDGNO. Med Cont 1981; 36 (36): 1105 - 6.
26. Van Dijke CPH, Ten Cate RS. Stages en plaatsingsmogelijkheden voor doktersassistenten. Med Cont 1979; 34 (48): 1530 - 4.
27. Ten Cate RS. Nieuwe aspecten bij de opleiding van doktersassistenten. Med Cont 1979; 34 (17): 553.
28. Ten Cate RS. Doktersassistenten opleiding anno 1984. Med Cont 1984; 39 (6): 186 - 7.
29. Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van doktersassistente? Med Cont 1976; 31: 299 - 302.
30. Van den Hout WP. Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: enkele beschouwingen over het functioneren van ons assistentenbestand. Huisarts Wet 1973; 16: 187 - 93.
31. Ten Cate RS. Ontwikkelingen op het terrein van de doktersassistente. Med Cont 1990; 45 (13): 432.

32. SOGW. Advies over de voorlopige eindtermen en deelkwalificaties/certificaten in het middelbaar beroepsonderwijs voor de opleiding Assistenten in de Gezondheidszorg. Woerden, november 1989. Besteladres: SOGW, Postbus 162, Woerden; tel. 03480-11254.
33. Werkgroep POG-AG-da; Eekhout - Dumoulin G, Renckens - Hermans J. Beroepsprofiel doktersassistent. Utrecht: KNMG, 1990.
34. Weisz FH. On delegation in medicine and dentistry. Alphen a/d Rijn: Samson, 1972.
35. Sonneveld A. "Nurse-Practitioner"; over het delegeren van taken in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut (Nu: NIVEL).
36. Reedy BLEC. The General Practice Nurse - 1. Update July 1972: 75 - 8.
37. Keuning D, Eppink DJ. Management en organisatie. Theorie en toepassing. Leiden: Stenfert Kroese, 1985.
38. Van Ree JW. Assistent en hypertensie bestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49 - 53.
39. De Haan J. De rol van de assistente bij preventie in de huisartsenpraktijk. MEDIFO; informatiegids voor de gezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
40. De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistente. Huisarts Wet 1988; 31: 228 - 31.
41. Ten Cate RS. De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1973.
42. Roscam Abbing EW. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
43. Van Herten JHS. De beroepsaansprakelijkheid van de doktersassistent(e). Vademecum Praktijkvoering Medische Beroepen. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu, 1985.
44. Van Herten JHS. Beroepsaansprakelijkheid van de doktersassistent(e). NVDA-Nieuws; 1983; 10: 7 - 10.
45. Schraven DLM, Van Ree JW. Preventie van hart- en vaatziekten. Med Cont 1985; 40: 1159 - 62.
46. Rutten GEHM. Organisatie van de zorg. The Practitioner; 1988; 5 (15): 1113 - 6.
47. Anoniem. Informatief discussiestuk over de functie van de centrumassistentie. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1986.
48. De Haan J, Zonderland H. Een afsprakspreekuur nader bekeken. Huisarts Wet 1990; 33 (5): 179 - 83.
49. Van Rijen M. De nascholing van centrumassistenten (Een inventarisatie van behoeften aan nascholing). Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1986.
50. Van Rijen M. Nascholing van centrumassistenten. LVG-cahier. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1986.
51. Rutten GEHM, Beek MML. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II. [Dissertatie]. Nijmegen: Kath. Universiteit Nijmegen.
52. Grootenhuis AT, Grootenhuis - Vuijk C, Brouwer APhW. Wie strijkt in de praktijk? Huisarts Wet 1989; 32 (5): 168 - 9.
53. Voorn TB. Preventie in huisartsenpraktijk is moeilijk. Voedingsmagazine 1989; 4: 16 - 8.
54. Bruins CP, Van Veen W. Wie moet verhoogde bloeddruk opsporen? Med Cont 1977; 32: 569 - 75.
55. Meerenstein JH, Wolfe H, Barker KM. The use of nurse practitioners in a general practice. Med Care 1974; 12: 445 - 52.
56. Cheney NC, Pharm M, Spitzer WO, Anderson GD. Nurse practitioners in primary care II; Prior attitudes of a rural population. Can Med Ass J 1973; 21: 998 - 1003.
57. Breslau N, Novack AH. Public attitudes toward some changes in the division of labor in medicine. Med Care 1979; 17: 859 - 67.
58. Adamson TE, Watts PA. Patients perceptions of maternity nurse practitioners. Am J Publ Health 1976; 66: 585 - 6.
59. Litman TJ. Public perceptions of the physicians' assistant. Am J Publ Health 1972; 62: 343 - 6.
60. Huygen FJA, Persoon JMG, Heyendaal PHJM. Onderzoekingen rond een pseudogroepspraktijk. Huisarts Wet 1974; 17: 169 - 75.
61. Van Eijk J, Gubbels J, De Koningh D, Van der Meer K, Van Noort J. De weekenddienst in Nederland. Utrecht: NHG, 1975.

62. Sox HC. Quality of patient care by nurse practitioners and physicians assistants: a ten-year perspective. *Ann Int Med* 1979; 91: 459 - 68.
63. Sweeny GP, Hay WI. The Burlington experience: a study of nurse practitioners in family practice. *Can Fam Phys* 1973; 19: 101 - 10.
64. Lawrence SL. Patient acceptance of the Family Nurse Practitioner. *Med Care* 1976; 14 (4): 357 - 64.
65. Charney E, Kitzman H. The child-health nurse (pediatric nurse practitioner) in private practice. *N Eng J Med* 1971; 285: 1353 - 8.
66. Levine JJ, Sheatsley DW, Lohr JA, et al. The nurse practitioner: Role, physician utilization, patient acceptance. *Nurs Res* 1978; 27: 245 - 54.
67. Day LR, Egli R, Silver HK. Acceptance of pediatric nurse practitioners. *Am J Dis Child* 1970; 119: 204 - 8.
68. Smith jr CW. Patient attitudes toward physician's assistants. *J Fam Pract* 1981; 13: 201 - 4.
69. Fox JG, Storms DM. New health professionals and older persons. *J Comm Health* 1980; 5: 254 - 60.
70. Lees REM, Anderson RMA. Patients attitudes to the expanded role of the nurse in family practice. *Can Med Ass J* 1971; 105: 1164 - 8.
71. Nelson EC, et al. Patients' Acceptance of Physicians' Assistants. *JAMA* 1974; 228 (1): 63 - 7.
72. Cunningham DJ, Bevan JM, Floyd CB. The role of the practice nurse from the patient's point of view. *Comm Med* 1972; 128: 534 - 8.
73. Smith JW, O'Donovan JB. The practice nurse - a new look. *Br Med J* 1970: 673 - 7.
74. Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. [Dissertatie]. Nijmegen: Kath Universiteit Nijmegen, 1977.
75. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1979.
76. Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventie project. [Dissertatie]. Nijmegen: Kath Universiteit Nijmegen, 1981.
77. Huygen FJA, Van Thiel AMG, Degen. Huisarts en verpleegster; verslag van een 'pilot-study' over de vraag in hoeverre een verpleegster een huisarts bij zijn visites behulpzaam zou kunnen zijn. *Huisarts Wet* 1968; 11: 49 - 51.
78. Smith JW, Mottram EM. Extended use of nursing services in general practice. *Br Med J* 1967;iv: 672 - 4.
79. Anonymous. The Practice Nurse. *Roy Coll Gen Pract* 1986; 16 (10): 1 - 31.
80. Yodfat Y. A new method of team work in Family Medicine in Israel with the participation of nurses as Physician's Assistants. *Am J Phys Health* 1972; 62 (7).
81. De Haan J. De rol van de praktijkassistente bij de praktijkvoering. 'Bijblijven' Cumulatieve index voor de huisarts, 1990.
82. Chard MA, Dunn B, Mandelbaum J. Nurse practitioners: a review of the literature 1965 - 1982. *Am Nurse Ass Publ* 1983; 8: 1 - 30.
83. Record JC, McCally M, Schweitzer SO, et al. New Health Professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care. *J Health Pol Law* 1980; 5 (3): 470 - 97.

3 De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente.

A. Nijland

J. de Haan

J. van der Velden

B. Meyboom - de Jong

Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B.
De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente.
Huisarts & Wetenschap 1990; 33 (9): 350-4, 363

3.1 Samenvatting

Voor dit onderzoek werd aan 177 doktersassistenten, werkzaam in 100 huisartspraktijken, gevraagd een enquête in te vullen betreffende hun sociale en professionele kenmerken. Op grond van de antwoorden van 158 respondenten wordt een beeld geschetst van de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts. Zij is een vrouw van 33 jaar, ruim 8 jaar werkzaam als doktersassistente en ruim 6,5 jaar bij haar huidige werkgever in dienst. In de niet-apotheekhoudende normpraktijk heeft zij een 0,8 aanstelling. De meeste van haar werkzaamheden liggen op het gebied van de intake en administratie. Er lijkt veel ruimte aanwezig voor uitbreiding van met name haar medisch-technische functie, de patiënt-voorlichtende functie en de management functie. Mede vanwege haar 0,8 aanstelling ontbreekt hiervoor de tijd.

3.2 Inleiding

Op grond van de huidige beroepsopleiding mogen we van de doktersassistente verwachten dat zij in de huisartspraktijk een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren.¹ In een toelichting op het beroepsprofiel wordt vermeld dat de assistente een eigen spreekuur zou kunnen houden voor bepaalde categorieën patiënten (hypertensie, diabetes, ulcus cruris, screening op cervixcarcinoom).² Door Van Ree, Smilde en De Haan is aangetoond dat de doktersassistente een wezenlijk aandeel kan leveren in de behandeling en begeleiding van patiënten met bepaalde ziekten.³⁻⁵

Er zijn ook aanwijzingen dat het systematisch inschakelen van de doktersassistente een verbetering van de kwaliteit van de zorg kan betekenen.^{5,6} Met name kan zij een belangrijke rol spelen bij de behandeling van patiënten met chronische aandoeningen (hypertensie, diabetes, ulcus cruris), hetgeen van belang is tegen de achtergrond van de vergrijzing van de bevolking. Ook kan de assistente een belangrijke rol spelen bij de automatisering van de medische administratie. Met behulp van een geautomatiseerd gegevensbestand kan een signalerings- en bewakingssysteem voor risicogroepen worden ingevoerd.

Een uitbreiding van de taken van de doktersassistente past goed in het door NHG en LHV gepropageerde standaardbeleid.^{7,8} Uit een oogpunt van efficiency moeten de taken die door lager geschoolde personen verricht kunnen worden, niet worden uitgevoerd door mensen met een hogere opleiding.⁹ Dat maakt de gezondheidszorg onnodig duur. De huisarts kan eenvoudige taken overlaten aan zijn assistente en zelf complexere problemen oplossen en eventueel een deel van het werk van de specialist overnemen.

Om deze redenen is het van groot belang meer inzicht te krijgen in het functioneren van de doktersassistente en aanbevelingen te doen voor een adequatere inzet van hulpkrachten in de huisartspraktijk. Sommige auteurs spreken in dit verband over een niet te missen kans om de huisartsgeneeskunde op een hoger peil te brengen.¹⁰⁻¹²

In dit artikel staat de beantwoording van de volgende vragen centraal:

- welke taken en functies vervult de doktersassistente;
- welke opleiding heeft zij;
- welke werkzaamheden voert zij uit ?

3.3 Methoden

De gegevens zijn verzameld in het kader van 'De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', verder te noemen de Nationale Studie (tijdvak 1 april 1987 - 31 maart 1988).^{13,14} Ten behoeve hiervan registreerden 163 huisartsen uit 103 huisartspraktijken gedurende 3 maanden wat zij dagelijks doen en met welke klachten, ziekten en problemen zij worden geconfronteerd. De 103 praktijken zijn gekozen op basis van een niet-proportionele, gestratificeerde steekproef. Hierbij zijn drie stratificatie-variabelen gebruikt, waarvan bekend is dat ze samenhangen met aspecten van de huisartspraktijk en van het huisartsgeneeskundig handelen: urbanisatie graad, regio en afstand tot het ziekenhuis.

Naast de huisartsen hebben ook 177 doktersassistenten gegevens over hun contacten met patiënten geregistreerd. In aansluiting op de registratie werden assistenten schriftelijk geënquêteerd (najaar 1988). Als persoonsgebonden gegevens werd gevraagd naar: geboortejaar, burgerlijke staat, aantal jaren werkzaam als doktersassistente in het algemeen en bij de huidige werkgever in het bijzonder, (voor)opleiding, al dan niet gediplomeerd zijn als doktersassistente en/of apothekersassistente en jaar van diplomering, werkweek in uren, al dan niet schriftelijke overeenkomst en betaling volgens de richtlijnen van de KNMG. Vervolgens werd informatie gevraagd over de werksituatie: praktijkvorm, eigen werkruimte, apotheekwerkzaamheden, visites afleggen, begeleiden stagiaires.

Ook werd de assistenten gevraagd welke werkzaamheden zij in de praktijk verrichtten. Op een lijst van 63 taken konden zij aangeven of zij de betreffende taak 'dagelijks', 'wekelijks', 'maandelijks', 'zelden' of 'nooit' verrichtten. Deze taken werden, overeenkomstig het 'Beroepsprofiel van de doktersassistente', onderverdeeld in de volgende functies:

- intake functie;
- patiënt-voorlichtende functie;
- management functie;
- medisch-technische functie;
- administratieve functie.²

Ter wille van de leesbaarheid zijn de in het algemeen kleine percentages in de kolom 'maandelijk' samengevoegd met de percentages in de kolommen 'dagelijks' en 'wekelijks' tot de categorie 'regelmatig'; verder zijn (kleine) percentages gevallen waarin een item niet was ingevuld, weggelaten.

Verder werd gevraagd of de assistenten in de praktijk nog andere werkzaamheden verrichtten en om welke werkzaamheden het dan ging. Tot slot werd gevraagd welke

werkzaamheden die nu niet tot hun taak behoorden, de assistenten wel zouden willen verrichten, indien daartoe de mogelijkheid bestond.

Binnen het bestand van doktersassistenten worden aparte subgroepen gevormd door 'meewerkende partners' en gediplomeerde doktersassistenten. Deze groepen worden in de tabellen afzonderlijk gepresenteerd en zullen afzonderlijk worden besproken.

3.4 Resultaten

De 177 geënquêteerde doktersassistenten zijn afkomstig uit 100 (van de 103) huisartspraktijken uit de Nationale Studie. In 3 praktijken was geen assistente werkzaam. De respons op de enquête bedroeg 96 procent. Voor analyse kwamen 158 (89 procent) enquêteformulieren in aanmerking; deze waren afkomstig uit 92 praktijken, waarvan 21 apotheekhoudend. Gerekend naar praktijkvorm zijn de (assistenten in) groepspraktijken en gezondheidscentra in deze steekproef oververtegenwoordigd (tabel 1).

Tabel 1. Frequentieverdeling doktersassistenten naar praktijkvorm. Ter vergelijking het relatieve aantal zelfstandig gevestigde huisartsen (in Nederland) naar praktijkvorm per 1 januari 1988.¹⁶

Praktijkvorm	Totale groep (N = 158)		Huisartsen (%)	Partners (N = 22)		Gediplomeerden (N = 75)	
	N	(%)		N	(%)	N	(%)
solopraktijk	66	42	55	17	77	26	35
duopraktijk	40	25	31	4	18	14	19
groepspraktijk	31	20	7	0	0	22	30
gezondheidscentrum	21	13	8	1	5	13	17

Om een uitspraak te kunnen doen over de representativiteit van deze groep, is de rol van de stratificatie-variabelen onderzocht. Hierbij werd voor de basisvariabelen (geslacht, leeftijd, praktijkvorm, aantal jaren werkzaam als doktersassistente en aantal jaren werkzaam bij de huidige werkgever) geen statistisch significant verschil gevonden, zodat mag worden geconcludeerd, dat er geen verstorende invloed van de stratificatievariabelen aanwezig was.

Alle assistenten waren vrouwen; zij varieerden in leeftijd van 17 tot 62 jaar. Ongeveer de helft was jonger dan 30 jaar en een kwart ouder dan 40 jaar; de gemiddelde leeftijd was

33 jaar (standaarddeviatie 9,7; mediaan 31 - tabel 2). Ongeveer 60 procent van de assistenten was gehuwd. Gemiddeld was men 8,2 jaar werkzaam als doktersassistente, variërend van enkele maanden tot 27 jaar. Het gemiddelde aantal jaren dienstverband bij de huidige werkgever bedroeg 6,7.

Tabel 2. Leeftijdsverdeling en gemiddelde leeftijd van de doktersassistenten (percentages).

LEEFTIJD	Totale groep (N = 158)	Gediplomeerden (N = 75)	Partners (N = 22)
17 - 24 jaar	24	32	0
25 - 29 jaar	22	27	0
30 - 39 jaar	29	31	47
40 jaar en ouder	25	11	53
Gemiddelde Leeftijd	33	29	42

Van de 158 assistenten waren er 75 (werkzaam in 51 praktijken) gediplomeerd doktersassistente en 15 gediplomeerd apothekersassistente; één assistente viel in beide categorieën. Van de 69 niet-gediplomeerde assistenten hadden er 14 ook geen andere opleiding gevolgd, 5 waren nog in opleiding voor doktersassistente, 15 bleken verpleegkundige A te zijn en 16 hadden een paramedische of medisch-gelieerde beroepsopleiding; de overige 14 niet-gediplomeerden hadden opleidingen gevolgd als opleiding kleuterleidster, kostuumopleiding, conservatorium en universitaire opleiding romaanse talen; 5 assistentes beantwoordden deze vraag niet.

Nagenoeg tweederde van de gediplomeerde doktersassistenten had een instituutsopleiding gevolgd (ASOP, NIPA, LOI, NIOD, IMEVO, FOID). In een kwart van de gevallen was de MDGO-school bezocht. Van de gediplomeerde doktersassistenten was iets meer dan een derde lid van de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA).

Wanneer de meewerkende partners worden uitgesloten, had tweederde van de doktersassistenten een schriftelijke arbeidsovereenkomst.

Wat betreft de betaling bleek dat 88 assistenten (65 procent) werd betaald volgens de richtlijnen van de KNMG; bij 20 (15 procent) was dit niet het geval, 20 assistenten (14 procent) wisten dit niet en 9 (7 procent) vulden deze vraag niet in.

Omerekend naar een normpraktijk van 2350 patiënten was er binnen de 103 praktijken van de Nationale Studie 0,84 full-time equivalent (FTE) assistentie aanwezig;

hierbij onderscheidden de apotheekhoudende praktijken zich met een hoger FTE (1,04) dan de niet-apotheekhoudende praktijken (0,79).¹⁶

Tweederde van de doktersassistenten beschikte over een eigen werkruimte voor het zelfstandig kunnen behandelen van patiënten tijdens het spreekuur van de huisarts.

3.4.1 Werkzaamheden

Veel van de werkzaamheden die de doktersassistenten opgaven, lagen op het terrein van intake en administratie (tabel 3, pagina 43 - 45). Dat de 'computer-items' minder hoog scoorden, laat zich verklaren door de geringe mate waarin de Nederlandse huisartspraktijk ten tijde van de Nationale Studie was geautomatiseerd.

Binnen de voorlichtende functie scoorde het geven van voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen minder hoog (40 procent). Van de managementtaken scoorde het oproepen voor controle van patiënten uit risicogroepen het laagst (17 procent).

Het typen van verwijsbrieven behoorde tot de regelmatig voorkomende werkzaamheden van 41 procent van de assistenten. Deze taak was gelijkelijk verdeeld over de verschillende praktijkvormen, met uitzondering van de gezondheidscentra, waar het minst wordt getypt.

Ten aanzien van de medisch-technische taken bestaat een grote inter-assistente variatie: twee respondenten maakten regelmatig uitstrijkjes, 63 antwoordden regelmatig oren uit te spuiten en voor 123 assistenten behoorde het beoordelen van een urinesediment tot de regelmatig uitgevoerde taken.

Van de 23 apotheekhoudende huisartspraktijken in de Nationale Studie reageerden er 21 op de enquête. Hiervan hadden 11 praktijken een gediplomeerd apothekersassistente in dienst (in 5 van deze 11 praktijken was de gediplomeerde apothekersassistente de enige 'doktersassistente'), 1 praktijk had zowel een gediplomeerd apothekersassistente als een gediplomeerd doktersassistente en 5 praktijken hadden alleen een gediplomeerd doktersassistente (inclusief 1 praktijk met 2 gediplomeerde doktersassistenten).

Door de 35 doktersassistenten (22 procent) die te maken hadden met apotheekwerkzaamheden, werd gemiddeld iets meer dan 4 uur per dag aan deze taken besteed; 2 van hen hadden hieraan een volledige dagtaak (8 uur per dag).

Ongeveer een derde van de assistenten legde weleens een visite af bij een patiënt: gemiddeld 1,7 visites per maand. Redenen voor een visite door de doktersassistente waren in volgorde van afnemende frequentie: bloedprikken (Hb, bloedsuiker, BSE), injectie geven (griepvaccinatie, vitamine B12), ECG maken, iets brengen (medicijnen, kunst-/hulpmiddelen, verwijskaarten), sociale visite, wondbehandeling, verband wisselen, hechtingen verwijderen en oren uitspuiten.

Iets meer dan de helft begeleidde stagiaires van doktersassistenten-opleidingen.

Tabel 3. Overzicht van de taken van de doktersassistente en in welke percentages deze 'regelmatig', 'zelden', dan wel 'nooit' werden verricht. (percentages)

	regelmatig	zelden	nooit
INTAKE FUNCTIE			
- werken aan een balie	96	-	2
- telefoon aannemen	100	-	-
- inschrijven van nieuwe pat.	91	6	2
PATIENT-VOORLICHTENDE FUNCTIE			
- adviezen bij veel voor- komende klachten, zoals koorts, diarree of hoesten	93	6	1
- voorlichting over medicijngebruik	79	15	6
- instructies bij verzamelen urine en faecesmonsters	86	11	2
- bijhouden mededelingenbord en foldermateriaal	73	18	7
- voorlichting aan pat. met specifieke aandoeningen, bv. diabetes, hypertensie, CARA	40	35	22
- dieet adviezen	60	22	17
MANAGEMENT FUNCTIE			
- planning van de spreekuren	94	2	3
- visitelijst opstellen	84	6	9
- vervolgafspraken maken	96	3	1
- pat. uit risicogroepen (diabetes, hypertensie) oproepen voor controle	17	39	41
- beheren van voorraden verbandmiddelen, ed.	88	6	6
- verlostas verzorgen	15	11	69
- bediening beantwoordings- apparatuur	72	13	15
MEDISCH TECHNISCHE FUNCTIE			
- aanleggen of verwisselen van een verband	61	22	18
- zwachtelen van het been bij pat. met een ulcus cruris	23	28	49
- lengte of gewicht meten	29	24	46
- injecties geven	69	8	22
- venapuncties verrichten	43	8	49
- bepalen van haemoglobine-gehalte in bloed	58	6	34
- bepaling glucose gehalte in bloed	61	4	34
- BSE inzetten + aflezen	58	8	34

Tabel 3 (vervolg).

Overzicht van de taken van de doktersassistente en in welke percentages deze 'regelmatic', 'zelden', dan wel 'noot' werden verricht. (percentages)

	regelmatic	zelden	noot
- oren uitspuiten	40	6	54
- gehoortest uitvoeren m.b.v. een audiometer	29	5	65
- microscopisch onderzoek van fluor vaginalis preparaat, bv. KOH-preparaat	8	9	82
- baarmoedermond uitstrijkjes maken	1	2	95
- wonden lijmen met wondlijm	25	16	59
- wonden hechten	3	5	90
- hechtingen verwijderen	47	18	35
- begeleiden van pat. die de pil gebruiken (pilcontroles)	17	6	76
- verhoogde bloeddruk controles	33	8	58
- wratten aanstippen met vloeibaar stikstof	27	10	61
- testen van gezichtsvermogen	2	4	92
- oogboldruk meten	1	2	96
- vuiltje uit het oog verwijderen	8	19	73
- E.C.G.'s maken	27	4	69
- longfunctie onderzoek m.b.v. een peak-flow meter	2	1	96
- allergietest uitvoeren	15	7	78
- aantal vragen stellen voor de dokter komt onderzoeken (anamnese opnemen)	25	18	55
- mededeling doen over de uitslag van een onderzoek	73	18	9
- urine onderzoek m.b.v. teststrips	91	3	6
- urine sediment beoordelen	78	5	17
- uricult inzetten + aflezen	42	6	48
- zwangerschapstest uitvoeren	84	6	10
- faeces onderzoek op occult bloed	32	13	53
- faeces onderzoek op wormeieren	3	7	88

Tabel 3 (vervolg). Overzicht van de taken van de doktersassistente en in welke percentages deze 'regelmatig', 'zelden', dan wel 'nooit' werden verricht. (percentages)

	regelmatig	zelden	nooit
ADMINISTRATIEVE FUNCTIE			
- verzorging van de patienten- administratie	96	1	1
- herhalingsrecepten schrijven	92	1	4
- verwijskaarten uitschrijven	99	-	-
- typen van verwijsbrieven	41	15	42
- rekeningen schrijven voor particuliere patienten	71	17	11
- bijhouden van het kas/bank/ giroboek	57	8	34
- patientenadministratie via de computer	33	2	61
- financiële administratie via de computer	27	3	65
- apotheekadministratie via compu- ter in apotheekhoudende praktijk	16	-	68
- werken met een tekstverwerker	13	3	77
DIVERSEN			
- huisarts assisteren tijdens de avonddienst	16	9	75
- huisarts assisteren tijdens de weekenddienst	25	10	65
- praktijkruimten schoonmaken	55	22	23
- onderhoud (incl. steriliseren) van het instrumentarium	91	6	3

De helft van de respondenten antwoordde bevestigend op de vraag of zij nog andere werkzaamheden verrichtten. Hierbij werden 80 'andere werkzaamheden' vermeld. Gegroepeerd naar afnemende frequentie waren dat:

- assisteren bij huisarts verrichtingen (kleine chirurgische ingrepen, plaatsen IUD, uitstrijkjes maken);
- huishoudelijke werkzaamheden (koffie zetten, vitrage wassen, planten verzorgen);
- afspraken maken bij ziekenhuis, specialist;
- andere bloedbepalingen (leuko's, differentiatie, cholesterol);
- eigen bereidingen apotheek.

De vraag of zij nog andere taken zouden willen verrichten, werd door 46 procent bevestigend beantwoord. In totaal werden 147 werkzaamheden genoemd, waarvan er 138 vielen in de categorie 'medisch-technisch'. De vijf belangrijkste waren:

- verhoogde bloeddruk controleren;
- aanleggen of verwisselen van een verband;
- baarmoedermond-uitstrijkjes maken;
- wonden hechten;
- oren uitspuiten.

Als redenen waarom deze werkzaamheden niet werden verricht, kwamen naar voren: onvoldoende tijd (44 maal), onvoldoende praktijkruimte (19 maal), arts wil het niet (15 maal); 14 maal werd een andere reden genoemd.

3.4.2 Meewerkende partners

Er waren 22 meewerkende partners onder de respondenten, in leeftijd variërend van 31 tot 57 jaar; de helft van hen was jonger dan 40 jaar. Het aantal jaren dat men werkzaam was als doktersassistente, varieerde van 2 tot 27 jaar, met een gemiddelde van 11,5.

In deze groep waren 3 gediplomeerde doktersassistenten. Ruim driekwart werkte in een solopraktijk; in 6 (solo)praktijken was de meewerkende partner de enige doktersassistente (tabel 1). Het aantal uren dat zij aan hun taak besteedden, varieerde van 6 tot 60 uur per week. Twee meewerkende partners gaven meer dan 40 uur per week op: de ene 45 en de andere 60 uur.

3.5 Beschouwing

Ondersteuning van de huisarts (met name door de partner) betekent niet altijd dat ook zelfstandige contacten met patiënten plaatsvinden. Over deze vorm van assistentie zijn geen gegevens verzameld. Deze enquête is beperkt tot doktersassistenten die zelfstandige contacten onderhouden met patiënten.

Op grond van de opzet van de Nationale Studie en de responsanalyse mag men aannemen dat de gegevens redelijk representatief zijn voor de Nederlandse doktersassistenten.

In 1981 vonden Van den Broek et al. - op basis van onder andere een enquête onder 128 doktersassistenten in huisartspraktijken - een gemiddelde leeftijd van 25 jaar (mediaan 24).¹⁷ In ons onderzoek was de gemiddelde leeftijd aanmerkelijk hoger: 33 jaar (mediaan 31). Ook wanneer de meewerkende partners (allen ouder dan 30 jaar) worden uitgesloten, was de gemiddelde leeftijd nog 31 jaar.

De doktersassistenten in de verschillende praktijkvormen zijn betrekkelijk honkvast. De gemiddelde ervaring in deze functie bedroeg 8,2 jaar en gemiddeld was men 6,7 jaar bij dezelfde huisarts werkzaam. Van den Broek et al. vonden voor beide kenmerken 4 jaar.¹⁷

Van onze onderzoeksgroep bezat 53 procent niet het door de KNMG erkende diploma van doktersassistente. Van de wel gediplomeerde doktersassistenten had tweederde een instituutopleiding gevolgd. Deze particuliere instituten verzorgen een één- of meerjarige avond-of dagopleiding en staan onder toezicht van de Permanente Commissie Doktersassistenten (PCD), ingesteld door de KNMG.

Van den Broek et al. deden de suggestie om slechts assistenten met een door de KNMG erkend diploma aan te nemen om op die manier het rendement van de opleiding te verhogen. Het zou wellicht aanbeveling verdienen hiermee rekening te houden bij de financieringsstructuur, bijvoorbeeld door voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen.¹⁷ Dit standpunt lijkt zeker gerechtvaardigd wanneer de taak van de doktersassistente wordt uitgebreid tot de functie zoals die in de Inleiding staat omschreven.

Een relatief groot aantal assistenten (eenderde) beschikte niet over een schriftelijke arbeidsovereenkomst. De NVDA presenteert in haar 'Beroepsprofiel van de doktersassistenten' een model van een individuele arbeidsovereenkomst.² Voorts zei een aanzienlijk deel niet betaald te worden volgens de richtlijnen van de KNMG. De positie van de doktersassistente in de huisartspraktijk lijkt slechts langzamerhand geprofessionaliseerd te worden. Het zou kunnen dat de post 'onkosten voor assistentie' nogal eens gebruikt wordt voor het sluitend maken van de begroting in de huisartspraktijk.¹⁸

Tweederde van de doktersassistenten heeft de beschikking over een eigen werkruimte, een conditio sine qua non voor een behoorlijke uitvoering van haar taken en een eventuele uitbreiding daarvan.

De van oudsher bekende taken - op het gebied van intake en administratie - heeft de assistente behouden. Opmerkelijk is in dit verband dat minder dan de helft van de assistenten verwijsbrieven bleek te typen en dat zelfs geen enkele assistente in een gezondheidscentrum dit als regelmatige taak aangaf. De NHG-standaard 'De Verwijsbrief'¹⁹ lijkt dan ook in te spelen op een ten tijde van de Nationale Studie bestaande lacune in de presentatie van de huisartspraktijk.

Uit de grote inter-assistente variatie met betrekking tot de medisch-technische, patiënt-voorlichtende en management taken valt af te leiden dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van deze functies. In dit kader zou het NHG een rol kunnen spelen door in de standaarden aan te geven welke taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Naast standaarden voor de huisarts zouden ook standaarden voor het werk van de doktersassistente kunnen worden opgesteld.

Veel assistenten zeiden meer medisch-technische werkzaamheden te willen uitvoeren, met name op het terrein van secundaire preventie (bloeddrukcontrole, uitstrijkje). Hiervoor ontbreekt echter de tijd, mede als gevolg van de 0,8 aanstelling. De vraag hoe de

Nederlandse huisarts denkt over het delegeren van taken aan de assistente, blijft hier onbeantwoord, evenals de vraag in hoeverre de 0,8 aanstelling een gewilde keus is van huisarts of assistente.

De hoogte van de kostenpost 'doktersassistente' in het kostenbudget van de huisarts is gebaseerd op de kosten van een derde-jaars assistente. In het licht van de onderzoeksresultaten (gemiddeld ruim 8 jaar als doktersassistente werkzaam, gemiddeld 6,7 jaar bij de huidige werkgever, 0,84 FTE assistente per normpraktijk) lijkt een herziening van de post 'assistentie' aangewezen. De LHV zou in veel sterkere mate een betere honoreringsstructuur voor de assistente moeten bepleiten.

Dit inventariserend onderzoek heeft een aantal opmerkelijke gegevens opgeleverd over de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts. In een vervolgonderzoek zal worden gekeken naar haar feitelijke werkzaamheden en naar de factoren die van invloed zijn op de mate waarin zij in de praktijk wordt ingeschakeld.

3.6 Literatuur

1. Anoniem. Opleidingsleerplan AG. [Definitieve versie]. Enschede: Stichting voor de Leerplan Ontwikkeling, 1984.
2. Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistent(e). Utrecht: Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA), 1984.
3. Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventie project [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
4. Smilde JG. Inschakelen van paramedici bij de behandeling van hypertensie [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1979.
5. De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. [dissertatie]. Lelystad: Meditekst, 1986.
6. Van Ree JW. Assistente en hypertensie bestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49 - 53.
7. Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG. [Discussie nota]. Utrecht: NHG, 1987.
8. Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. [Discussienota]. Utrecht: LHV, 1987.
9. Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van de doktersassistente ? Med Contact 1976; 31: 299 - 302.
10. Honingbaum F. Reconstruction of general practice; the way forward. Br Med J 1985; 190: 904 - 6.
11. Anonymous. Towards better general practice. Lancet 1984; II: 1436-8.
12. De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistente. Huisarts Wet 1988; 31: 228 - 31.
13. Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
14. Van der Velden J. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Med Contact 1986; 41 (19): 603 - 6.
15. Anoniem. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1988.
16. Van der Velden J. Een preventiemodel voor de jaren negentig. Med Contact 1989; 44 (3): 78 - 81.
17. Van den Broek W, Ten Cate RS, Van der Linde F. Opleiding doktersassistenten onderzocht. Med Contact 1981; 36 (35): 1061 - 6.
18. De Haan J. De rol van de assistente bij preventie in de huisartsenpraktijk. Medifo; Informatiegids voor de gezondheidszorg 5; 3: 11 - 3. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
19. Sips AJBI, Smeele I, Van der Voort JPM. De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn [Standaard]. Huisarts Wet 1989, 32: 541 - 4.

4. De doktersassistente: Een beroep in beweging.

A. Nijland;
C.J.H.D. Tuntler-Vink;
B. Meyboom-de Jong;
J. de Haan

Nijland A, Tuntler - Vink CJHD, Meyboom - De Jong B, De Haan J.
De doktersassistente: Een beroep in beweging.
Medisch Contact 1990; 45 (51/52): 1548 - 50;
NVDA-Nieuws 1991; 1: 15 - 25.

4.1 Samenvatting

Op het NVDA-congres van april '89 vulden 477 doktersassistenten een aldaar gehouden schriftelijke enquête in. Ruim driehonderd enquêtes werden ingevuld door doktersassistenten werkzaam in een huisartspraktijk. Gemiddeld hebben zij een 0,8 aanstelling en zijn zij 6,5 jaar als doktersassistente werkzaam, waarvan 4,9 jaar bij de huidige werkgever. De gemiddelde leeftijd is 30 jaar. Zij verrichten veel werkzaamheden op het gebied van de intake-functie, de patiënt-voorlichting en de administratie. Er zijn mogelijkheden tot uitbreiding van hun medisch-technische functie en patiënt-voorlichtende functie.

4.2 Een beroep in beweging

Het beroep van doktersassistente is sterk in beweging en verwacht mag worden dat de jaren negentig een verdere ontwikkeling van het beroep van doktersassistente te zien zullen geven. In het door de NVDA omschreven beroepsprofiel wordt de functie van de doktersassistente op verschillende arbeidsterreinen omschreven.¹ Dit beroepsprofiel van de doktersassistente van de NVDA vormt het uitgangspunt van lopend onderzoek om te komen tot een nieuw beroepsprofiel dat betrekking heeft op de doktersassistente werkzaam bij de huisarts, de doktersassistente op de polikliniek en de doktersassistente bij een (bedrijfs) geneeskundige of gezondheidsdienst.² Het streven hierbij is te komen tot een uniform opleidingsniveau van de doktersassistente. Een belangrijk deel van de doktersassistenten vindt emplooi in een huisartspraktijk of gezondheidscentrum. Deze groep wordt in de literatuur het meest beschouwd.³

De taakverdeling tussen de huisarts en de doktersassistente is een onderwerp dat de laatste tijd erg in de belangstelling staat.⁴⁻⁸ Het substitutie beleid, de toenemende vergrijzing, de nadruk op preventie en vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten en kanker in het toekomstig beleid van de overheid betekenen een grotere belasting van de huisarts, die opgevangen kan worden door het systematisch inschakelen van de doktersassistente.

Op grond van de huidige beroepsopleiding van de doktersassistente mogen we verwachten dat zij in de huisartspraktijk een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren.⁹ In een toelichting op het beroepsprofiel van de doktersassistente, zoals door de NVDA omschreven, wordt vermeld dat de assistente een eigen spreekuur zou kunnen houden voor bepaalde categorieën patiënten (hypertensie, diabetes, ulcus cruris, screening cervixpathologie).¹ Tevens kan de assistente een rol spelen bij de automatisering van de medische administratie van de huisartspraktijk. Hiermee kan een signalerings- en bewakingssysteem voor risikogroepen worden ingevoerd.⁷ Dit past bij de preventieve taken, welke door de assistente kunnen worden verricht (bloeddrukcontrole, immunisaties, cervixuitstrijkjes, begeleiden patiënten met diabetes, adipositas en hypercholesterolaemie)¹⁰

Een uitbreiding van de taken van de doktersassistente past goed in het door het NHG

gepropageerde standaarden-beleid en het LHV basistakenpakket.^{11,12} Onderzoek naar de positie van de doktersassistente in de huisartspraktijk in het kader van de "Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk" (NIVEL)¹³ leverde een aantal opmerkelijke resultaten op.⁷ Zo bleek deze belangrijkste medewerker van de nederlandse huisarts een vrouw van 33 jaar te zijn, ruim 8 jaar werkzaam als doktersassistente en ruim 6,5 jaar bij de huidige werkgever in dienst. In de niet-apotheekhoudende normpraktijk heeft zij een 0,8 aanstelling. Tevens bleek sprake van een grote inter-assistente variatie ten aanzien van het takenpakket.

In dit artikel wordt nagegaan welke kenmerken de nederlandse doktersassistente heeft; welke werkzaamheden zij in de huisartspraktijk gedelegeerd krijgt en welke uitbreiding van het takenpakket mogelijk is.

4.3 Enquête

Om meer informatie over achtergrond en taakopvatting van doktersassistenten te verzamelen werd op het congres van de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA) van april 1989 een schriftelijke enquête gehouden onder de aanwezige doktersassistenten. De enquête bestond uit twee delen. Deel 1 was voor alle aanwezige doktersassistenten bedoeld en bestond uit vragen naar persoonsgebonden gegevens, zoals geboortjaar, burgerlijke staat, aantal jaren werkzaam, werkplaats, (voor-)opleiding, al dan niet gediplomeerd zijn als dokters-/apothekersassistente, jaar van diplomering, werkweek in uren, schriftelijke arbeids-overeenkomst en betaling volgens de richtlijnen van de KNMG. Deel 2 was alleen voor doktersassistenten werkzaam in een huisartspraktijk of gezondheidscentrum bedoeld en bestond uit vragen over de werksituatie, protocollaire afspraken met de huisarts, apotheek-werkzaamheden, huisbezoeken en het begeleiden van stagiaires. Tevens werd zij gevraagd aan te geven welke werkzaamheden zij in de praktijk verrichtte. Een lijst van 63 werkzaamheden werd aangeboden, waarop kon worden aangegeven of zij de betreffende taak 'dagelijks', 'wekelijks', 'maandelijks', 'zelden' of 'nooit' verrichtte. De taken van de doktersassistente werden onderverdeeld in de volgende functies, overeenkomstig het "Beroepsprofiel van de doktersassistente" van de NVDA.¹

1. Intake functie
2. Patiënt voorlichtende functie
3. Management functie
4. Medisch-technische functie
5. Administratieve functie

Ten behoeve van de leesbaarheid werden de in het algemeen kleine percentages in de kolom 'maandelijks' samengevoegd met de percentages in de kolommen 'dagelijks' en 'wekelijks' en samengevat als 'regelmatig' verrichte taken; tevens werden de (kleine) percentages, in

geval een item niet was ingevuld, weggelaten (tabel 2). Als de doktersassistente een bepaalde taak niet (of heel weinig) uitvoerde, kon zij aangeven of ze die taak wel (of vaker) zou willen verrichten (kolom wens).

In een open vraag werd de doktersassistente gevraagd of ze nog meer werkzaamheden verrichtte en om welke werkzaamheden het dan ging. Tevens werd haar de mogelijkheid geboden aan te geven waarom bepaalde werkzaamheden niet verricht werden (onvoldoende tijd, onvoldoende praktijkruimte, huisarts wil het niet, anders).

4.4 Uitkomsten

Van de ongeveer 800 op het congres aanwezige doktersassistenten vulden er 477 het enquêteformulier in (respons circa 60%). Van hen werkten er 309 in een huisartspraktijk of gezondheidscentrum en 168 op een polikliniek of elders (jeugdgezondheidszorg, BGD, etc.) (tabel 1).

Tabel 1. A. Frequentieverdeling doktersassistenten naar werkplaats.

	(N = 477)	(%)
* Huisartspraktijk	309	65
* Polikliniek	68	14
* Jeugdgezondheidszorg	48	10
* Bedrijfsgeneeskundige Dienst	15	3
* Afdeling in ziekenhuis	7	1
* Verpleeghuis	5	1
* Elders	24	5
* Niet ingevuld	1	-

B. Frequentieverdeling doktersassistenten naar praktijkvorm
(groep doktersassistenten werkzaam in huisartspraktijk).

Praktijkvorm	(N = 309)	(rel %)
niet ingevuld/onduidelijk	4	1
solopraktijk	139	45
duopraktijk	74	24
groepspraktijk	33	11
gezondheidscentrum	59	19

4.4.1 Doktersassistenten werkzaam bij de huisarts.

De leeftijd varieerde van 18 tot 63 jaar. De gemiddelde leeftijd van de doktersassistente was 30 jaar. Ruim de helft was gehuwd of woonde samen. Gemiddeld bleek men 6,5 jaar werkzaam als doktersassistente - variërend van enkele maanden tot 40 jaar - waarvan gemiddeld 4,9 jaren bij de huidige werkgever. Ruim de helft (52%) van de doktersassistenten had MAVO als vooropleiding, gevolgd door HAVO (27%). In de categorie 'anders' (18%) kwamen MULO, INAS en INTAS voor. Van de 263 gediplomeerde doktersassistenten (85 procent gediplomeerd) in huisartspraktijk of gezondheidscentrum bleek ruim de helft (57%) een instituutsopleiding te hebben gehad en 99 personen (38%) gaven aan een MDGO-diploma te bezitten. Éénderde van de assistentes in de huisartspraktijk bleek tevens een andere beroepsopleiding te hebben gevolgd, zoals verpleegkundige, medisch secretaresse of pedicure. Van de niet-gediplomeerde assistentes was éénderde bezig met de opleiding tot doktersassistente. De gemiddelde werkweek was 32 uur. Circa tweederde (63%) zei een schriftelijke arbeidsovereenkomst te hebben en 85 procent gaf aan te worden betaald volgens de richtlijnen van het KNMG.

4.4.2 Werkzaamheden.

De helft van de doktersassistenten had protocollaire afspraken met de huisarts voor bepaalde verrichtingen: diabetescontrole, bloeddruk/hypertensiecontrole, urineonderzoek, Hb-bepaling, wratten aanstippen, injecties, pilcontrole, ECG maken. Uit tabel 2 (pagina 57 - 59) blijkt dat de doktersassistente wat werkzaamheden betreft, hoog scoorde ten aanzien van haar intake-functie, de patiënt-voorlichtende functie, een deel van de managementfunctie, een aantal laboratoriumonderzoeken (urineonderzoek, Hb- en glucose bepaling en zwangerschapstest) en administratieve taken (patiëntenadministratie, herhalingsrecepten en verwijfskaarten schrijven). 21 Procent gaf aan nog andere werkzaamheden te verrichten. Een zestigtal andere werkzaamheden werd hierbij opgegeven. De meest voorkomende, gegroepeerd gepresenteerd in volgorde van afnemende frequentie, waren: Assisteren bij verrichtingen (chirurgische ingrepen, IUD inbrengen, bevallingen, uitstrijkje); huishoudelijke werkzaamheden (koffie/-thee zetten, planten verzorgen); in gezondheidscentrum teamvergaderingen en werkzaamheden voor andere disciplines (afspraken en voorlichting); andere laboratoriumonderzoeken (cholesterol bepaling, SOA bloedonderzoek, leuco's, erytrocyten, monosticontest).

Gevraagd naar de wensen van de geënquêteerde doktersassistenten, kwamen vooral werkzaamheden naar voren met een medisch-technische functie zoals: cervixuitstrijk, wondverzorging (inclusief hechten), wratten aanstippen en het uitvoeren van verschillende testen (gezichtsvermogen, gehoor, ECG); en het houden van een eigen spreekuur (bijvoorbeeld pil, diabetes, tensiecontrole), computerwerkzaamheden (patiëntenadministratie, tekstverwerken).

Tabel 2. Overzicht van de taken van de doktersassistente in een huisartspraktijk en in welke percentages deze 'regelmatig', 'zelden', dan wel 'nooit' werden verricht.

	regelmatig	zelden	nooit
INTAKE FUNKTIE			
-werken aan de balie	97	-	3
-telefoon aannemen	100	-	-
-inschrijven nieuwe patiënt	95	4	1
PATIENT VOORLICHTENDE FUNKTIE			
-adviezen geven bij veel voorkomende klachten, zoals koorts, diarree of hoesten	98	2	1
-voorlichting over medicijngebruik	83	13	3
-instructies geven bij het verzamelen van urine/faecesmonsters	95	3	2
-bijhouden mededelingenbord en foldermateriaal	84	11	3
-voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen als diabetes, CARA, hypertensie	57	27	14
-dieet adviezen geven	72	16	9
MANAGEMENTFUNKTIE			
-planning van de spreekuren	99	-	1
-visitelijst opstellen	88	2	9
-vervolgafspraken maken	99	-	-
-patiënten uit risicogroepen (diabetes, hypertensie) oproepen	32	31	33
-beheren van voorraden verbandmiddelen	95	3	2
-verlostas verzorgen	22	6	70
-bediening van de beantwoording-apparatuur	77	7	14
MEDISCH-TECHNISCHE FUNKTIE			
-aanleggen of verwisselen van een verband	84	12	4
-zwachtelen van een been bij een patiënt met ulcus cruris	42	24	31
-lengte en gewicht meten	43	25	30
-injecties geven	91	2	7
-venapuncties verrichten	62	7	29
-bepalen Hb-gehalte in bloed	87	2	11
-bepalen glucose-gehalte in bloed	87	2	11
-BSE inzetten en aflezen	72	8	20
-oren uitspuiten	55	10	32
-gehoortest uitvoeren m.b.v een audiometer	30	7	59

Tabel 2 (vervolg).

Overzicht van de taken van de doktersassistente in een huisartspraktijk en in welke percentages deze 'regelmatig', 'zelden', dan wel 'nooit' werden verricht.

	regelmatig	zelden	nooit
-microscopisch onderzoek van fluor vaginalis preparaat, bv. KOH-prep	20	14	64
-baarmoedermond uitstrijkjes maken	6	1	84
-wonden lijmen met wondlijm	32	16	50
-wonden hechten	5	7	83
-hechtingen verwijderen	73	12	14
-begeleiden van patiënten die de pil gebruiken (pilcontrole)	32	11	52
-hypertensie controles	50	11	37
-wratten aanstippen met vloeibare stikstof	42	12	42
-testen van gezichtsvermogen	11	9	76
-oogboldruk meten	5	3	88
-vuiltje uit oog verwijderen	10	28	60
-E.C.G's maken	30	3	64
-longfunctie onderzoek m.b.v. een peak-flow-meter	6	7	83
-allergietest uitvoeren	25	13	60
-een aantal vragen stellen voor de dokter komt onderzoeken (anamnese afnemen)	41	20	37
-mededeling doen over de uitslag van een onderzoek	82	12	5
-urineonderzoek d.m.v. teststrips	99	-	-
-urinesediment beoordelen	91	5	4
-uricult inzetten en aflezen	41	11	47
-zwangerschapstest uitvoeren	96	1	3
-faecesonderzoek op occult bloed	45	13	42
-faecesonderzoek op wormeieren	3	6	90

Tabel 2 (vervolg).

Overzicht van de taken van de doktersassistente in een huisartspraktijk en in welke percentages deze 'regelmatig', 'zelden', dan wel 'nooit' werden verricht.

	regelmatig	zelden	nooit
ADMINISTRATIEVE FUNKTIE			
-verzorgen patiëntenadministratie	100	-	-
-herhalingsrecepten schrijven	97	-	1
-verwijskaarten schrijven	99	-	-
-typen van verwijsbrieven	46	14	40
-rekeningen schrijven van particuliere patiënten	77	7	13
-bijhouden van het kas-/bank-/giroboek	54	3	42
-patiëntenadministratie via de computer	32	1	60
-financiële administratie via de computer	32	1	58
-apotheekadministratie via computer in apotheekhoudende praktijk (N = 20)	75	-	25
-werken met een tekstverwerker	18	7	68
DIVERSEN			
-huisarts assisteren tijdens de avonddienst	2	9	88
-huisarts assisteren tijdens de weekenddienst	20	8	70
-praktijkruimten schoonmaken	53	14	32
-onderhoud (incl. steriliseren) van het instrumentarium	98	-	1

Gevraagd naar de reden waarom bepaalde werkzaamheden niet werden verricht, gaf men aan: onvoldoende tijd 120x, onvoldoende ruimte 40x, huisarts wil het niet 32x en overige redenen 47x.

85 Procent van de doktersassistenten gaven aan te beschikken over een eigen werkruimte voor het zelfstandig kunnen behandelen van patiënten. Veertig procent van de doktersassistenten legde weleens een huisbezoek af. De frequentie varieerde van eenmaal per jaar tot twintig keer per maand. Meestal vond het eens per maand plaats. Redenen voor het afleggen van een visite door de assistente waren (in volgorde van afnemende frequentie): Bloedprikken (Hb, bloedsuiker, BSE), injecties geven (griep, vit B₁₂), ECG maken, bloeddruk meten, sociaal bezoek, oren uitspuiten, verbinden, wratten aanstippen.

4.4.3 Praktijkniveau.

Er bleken geen significante verschillen tussen de praktijkvormen op te treden ten aanzien van het al dan niet gediplomeerd zijn van de doktersassistente, haar leeftijd, het aantal jaren dat de doktersassistente werkzaam is in de praktijk, haar werkweek in uren en het ter beschikking staan van een eigen werkruimte voor de doktersassistente ($P = < 0.05$).

Inhoudelijk bleek het takenpakket van de doktersassistente in solo- en duopraktijk sterk overeen te komen. De doktersassistenten in deze praktijkvormen scoorden het hoogst met betrekking tot het verrichten van pilcontroles en het schoonmaken van praktijkruimten ($P = < 0.05$).

Bijna driekwart van de doktersassistenten in groepspraktijken bleek het typen van verwijsbrieven regelmatig te verrichten in tegenstelling tot de andere praktijkvormen, waarin éénderde tot ongeveer de helft van de doktersassistenten dit tot haar takenpakket rekende. Ook werden significant vaker huisbezoeken afgelegd door de doktersassistente werkzaam in een groepspraktijk. Samen met de collegae in gezondheidscentra scoorden de doktersassistenten in een groepspraktijk het hoogst ten aanzien van het maken van ECG's, het inzetten + aflezen van uricult en het verrichten van patiënten-administratie via de computer. Op de meeste medisch-technische werkzaamheden scoorden de doktersassistenten in een gezondheidscentrum het hoogst. Vaker dan in één van de andere praktijkvormen betreft het de volgende werkzaamheden ($P = < 0.05$): venapunctie, oren uitspuiten, wondverzorging (aanleggen en verwisselen van een verband, hechtingen verwijderen), hypertensie controles. Gemiddeld werkten de doktersassistenten in een apotheekhoudende huisartspraktijk 35 uur per week; waarbij gemiddeld 4,2 uur per dag aan apotheekwerkzaamheden werd besteed.

4.4.4 Doktersassistenten werkzaam op een polikliniek.

In totaal werkten 68 (14%) van de 477 doktersassistenten, die gerepsondeerd hebben, op een polikliniek. Hun gemiddelde leeftijd was 33 jaar. Men was gemiddeld 7,5 jaar als doktersassistente werkzaam en werkte gemiddeld 6,0 jaar bij de huidige werkgever. Negentig procent was gediplomeerd. De gemiddelde werkweek was 33 uur. Volgens opgave had 93 procent een schriftelijke arbeidsovereenkomst en een meerderheid van deze doktersassistenten gaf aan betaald te worden volgens de cao van het ziekenhuiswezen.

4.4.5 Doktersassistenten werkzaam elders.

Van de 99 (21 procent van 477) doktersassistenten, die opgaven niet in een huisartspraktijk of polikliniek te werken, waren er 48 werkzaam in de JeugdGezondheidsZorg (JGZ), 15 bij een BedrijfsGeneeskundige Dienst (BGD), 7 op een afdeling in een ziekenhuis en 5 in een

verpleeghuis. Verder werden genoemd: praktijkassistente op een MDGO-school, artsenlab., psychiatrisch ziekenhuis en bejaardentehuis. De gemiddelde leeftijd in deze groep was 33 jaar. Gemiddeld waren deze doktersassistenten 8,3 jaar als zodanig werkzaam, waarvan gemiddeld 5,6 jaar bij de huidige werkgever. Van de respondenten was 87 procent gediplomeerd doktersassistente. De gemiddelde werkweek was 30,2 uur. Ruim 90 procent had een schriftelijke arbeidsovereenkomst.

4.5 Beschouwing

Dit onderzoek werd verricht door middel van een schriftelijke enquête, gehouden onder de bezoekers van het NVDA-congres van april 1989. We hebben dus met een geselecteerde groep te maken. Dit zou van invloed kunnen zijn op de resultaten en de representativiteit daarvan (vergelijk tabel 3 op pag. 43 - 45 en tabel 2 op pag. 57 - 59). Van de onderzochte groep doktersassistenten bleek ruim 85 procent in het bezit te zijn van een door de KNMG erkend diploma (MDGO of instituut). Dit is een hoog percentage vergeleken met de bevindingen van van der Broek¹⁴ (60 procent) en Nijland⁷ (47,5 procent). Dit hangt samen met het feit dat de NVDA het congres heeft georganiseerd en alleen gediplomeerde doktersassistenten lid kunnen zijn van de NVDA. Opmerkelijk is echter dat veel uitkomsten overeenkomen met eerder verricht onderzoek, bijvoorbeeld door Nijland et al.⁷, in het kader van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'. In de 'Nationale Studie' ligt de gemiddelde leeftijd 3 jaar hoger en in samenhang hiermee is het aantal gehuwden 9 procent hoger dan in het onderhavige onderzoek. Het gemiddelde aantal jaren als doktersassistente werkzaam bedroeg 6,5 jaar en men was gemiddeld 4,9 jaar in dienst van de huidige werkgever. Beide gegevens nemen een midden-positie in tussen van der Broek¹⁴ (4 en 4 jaar) en Nijland⁷ (8,2 en 6,7 jaar).

De gemiddelde werkweek van doktersassistenten in een huisartspraktijk of gezondheidscentrum bedroeg 32 uur. Dit komt overeen met de in de 'Nationale Studie' gevonden 0,8 aanstelling van de doktersassistente in de niet-apotheekhoudende normpraktijk. Voor het vaststellen van de hoogte van de kostenpost 'assistentie' in het kostenbudget voor de huisarts wordt uitgegaan van een vergoeding voor een vierde-jaars doktersassistente, er daarbij tevens vanuitgaand dat gemiddeld gedurende 4,3 uur per werkdag een doktersassistente aanwezig is (in de normpraktijk).¹⁵ Nu blijkt dat 'de' doktersassistente meer ervaring heeft en langer werkt, lijkt een herziening van de post 'assistentie' in het kostenbudget van de huisarts aangewezen.⁷

Op grond van de huidige beroepsopleiding van de doktersassistente mag men verwachten dat zij een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren. Er blijken wel verschillen te bestaan tussen datgene, wat tijdens de opleiding onderwezen wordt en de werkzaamheden, die in de praktijk uitgevoerd worden.¹⁴ Uit de enquête kwam een grote interassistentie-variatie naar voren met name op medisch-technisch gebied. Men kan zich afvragen in hoeverre dit

een gevolg is van de inter-doktervariatie. Ook is niet bekend in hoeverre de huisarts op de hoogte is van de eindtermen van de officiële opleidingen tot doktersassistente. Aan het delegeren van taken zou in de huisartsopleiding meer aandacht besteed kunnen worden. Ook ontbreekt vaak de tijd voor de doktersassistente om werkzaamheden erbij te doen.

Uit de enquête blijkt dat in de gezondheidscentra meer medisch-technische handelingen door de doktersassistente verricht worden. Deze artsen zijn misschien door de aanwezigheid van meerdere disciplines eraan gewend om taken aan een ander over te laten. Doktersassistenten in een groepspraktijk of gezondheidscentrum werkten gemiddeld vaker met een computer. Er zijn hier meerdere artsen/disciplines onder één dak, waardoor het financieel eenvoudiger is om een computer aan te schaffen en de behoefte om te automatiseren mogelijk groter is. Ook in de apotheekhoudende huisartspraktijk is vaker een computer aanwezig, omdat die veelal primair voor de geneesmiddelen-controle en -administratie en -registratie wordt gebruikt.

Voor het delegeren van werkzaamheden aan de doktersassistente is een eigen werkruimte voor haar noodzakelijk.^{7,16} Uit het onderzoek blijkt dat 85 procent van de doktersassistenten de beschikking had over een eigen werkruimte. Hiermee wordt in belangrijke mate voldaan aan één van de randvoorwaarden voor het delegeren van taken aan de doktersassistente.

De grote inter-assistente variatie geeft aan dat een verruiming van het takenpakket voor veel doktersassistenten mogelijk is. De wensen van de doktersassistenten met betrekking tot deze uitbreiding liggen op het medisch-technische terrein en het werken met de computer. In Nederland blijft de huisarts de eindverantwoordelijkheid dragen voor alle handelingen, die de assistente uitvoert. (de zogenaamde 'verlengde arm constructie').^{17,18} Overleg en goede werkafspraken zijn daarom noodzakelijk.⁶ Door middel van een protocol kan een handeling stapsgewijs beschreven worden, waardoor de assistente minder snel onderdelen vergeet en weet hoe ze in bepaalde situaties moet handelen (bijvoorbeeld bij afwijkende bloeddruk de arts waarschuwen).

De helft van de ondervraagde doktersassistenten gaf aan 'protocollen' met de huisarts te hebben. Waarschijnlijk is hier niet zozeer sprake van op schrift vastgelegde protocollen dan wel (mondelijke) werkafspraken. Het lijkt dan ook een taak voor het NHG naast de standaarden voor de huisarts ook standaarden voor de doktersassistente op te stellen. Goede communicatie met de arts is belangrijk, te meer daar uit dit onderzoek blijkt dat de assistente veel taken zelfstandig verricht. Als deze gedelegeerde taken op een goede, geprotocolleerde manier vervuld worden, onder supervisie van de huisarts, kan dit een verbetering van het produkt huisartsgeneeskunde betekenen.

Een goede opleiding van de doktersassistente vormt de basis voor het zelfstandig uitvoeren van medische handelingen. Te overwegen valt hiermee bij de honorerings-structuur van de huisartsen rekening te houden, bijvoorbeeld door voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen dan voor een ongediplomeerde.¹⁴

Het onderzoek heeft ten aanzien van de doktersassistente werkzaam in een andere

setting dan de huisartspraktijk gegevens met betrekking tot enkele achtergrondkenmerken opgeleverd. De gemiddelde leeftijd van de doktersassistenten werkzaam op een poli of elders was hoger dan van doktersassistenten in een huisartspraktijk (33 versus 30 jaar). Waarschijnlijk hiermee samenhangend was de doktersassistente in deze groep langer werkzaam als doktersassistente en langer bij de huidige werkgever in dienst.

Vanwege hun werkplek valt een deel van de doktersassistenten onder een CAO (CAO voor het ziekenhuiswezen; CAO gezondheidscentra). Voor de grote groep doktersassistenten werkzaam in solo-, duo- en groepspraktijk is echter nog steeds geen CAO gerealiseerd. De lopende onderhandelingen gaan tussen LHV en NVDA. Nu de huisartsgeneeskunde de laatste twee decennia een hoge vlucht heeft genomen, mede door het invoeren van de beroepsopleiding voor huisarts, lijkt het tijd geworden de positie van de doktersassistente te professionaliseren: rechtspositioneel en beroepsinhoudelijk.

4.6 Literatuur

1. Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistente. Utrecht: Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA), 1988 (3e druk). (Besteladres: NVDA, Biltstraat 60, 3572 BD, Utrecht. Tel. 030-713875)
2. Ten Cate RS. Ontwikkelingen op het terrein van de doktersassistente. Med Cont 1990; 45 (13): 432.
3. Nijland A, De Haan J. Progressie in Professionalisering. De doktersassistente: Een literatuuroverzicht. Zie hoofdstuk 2 van dit proefschrift.
4. Tielen L, Duijn J. Taakverdeling; een grotere rol voor de praktijkassistente. Praktijk Management 1989; 12: 23 - 25.
5. Tielen L, Duijn J. Huisarts en praktijkassistente: wrattenbehandeling. Praktijk Management 1990; 2: 28 - 30.
6. Duyn J. Interview met Zonderland H. NVDA-nieuws 1989 (6); 20-22.
7. Nijland A, De Haan J, Van Der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. Huisarts Wet 1990; 33 (9): 350 - 4; 363.
8. Beek MML, Rutten GEHM. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II. Een interdisciplinaire interventiestudie naar substitutie van zorg in acht huisartspraktijken. [Dissertatie] Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989.
9. Anoniem. Opleidingsleerplan AG. [definitieve versie] Enschede: Stichting voor de Leerplan Ontwikkeling, 1984.
10. De Haan J. De rol van de doktersassistente bij preventie in de huisartspraktijk. Medinfo; informatiegids voor de gezondheidszorg 5;3: 11-13. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1989.
11. Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG, discussienota. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
12. Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota LHV. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
13. Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
14. Van der Broek W, Ten Cate RS, Van der Linde F. Opleiding doktersassistente onderzocht. Med Cont 1981 36 (35): 1061-1066.
15. Gegevens LHV; concept-richtlijn V/5000/2.2/4 (huisartsen en apotheekhoudende huisartsen) Praktijkkosten bestanddelen huisartsenhulp in de particuliere praktijk. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.
16. Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistente: een specialisatie van de doktersassistente ? Med Cont 1976; 31: 299 - 302.
17. Van Herten JHS. De beroepsaansprakelijkheid van de doktersassistent(e). Vademecum Praktijkvoering Medische Beroepen, sept. 1985. Samson Stafleu, A. a/d Rijn, Brussel.
18. Van Herten JHS. Beroepsaansprakelijkheid van de doktersassistent(e). NVDA-Nieuws, dec. 1983, (10): 7 - 10.

5. DETERMINANTEN VAN DELEGEREN

Het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente door de huisarts.

A. Nijland

K.H. Groenier

B. Meyboom - de Jong

J. de Haan

J. van der Velden.

Nijland A, Groenier KH, Meyboom - De Jong B, De Haan J, Van der Velden J.
Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente.
Huisarts & Wetenschap 1991; 34 (11):484-490.

5.1 Samenvatting

Op basis van de gegevens uit een enquête onder praktijkassistenten is een delegatie-index geconstrueerd. Naarmate de assistente hoger scoort op de delegatie-index, krijgt zij meer werkzaamheden gedelegeerd. In deze index zijn 5 variabelen opgenomen: venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, hypertensiecontrole en wratten aanstippen met vloeibare stikstof. Deze index kan zowel op assistenteniveau als op huisarts- en praktijkniveau worden gebruikt. Er is nagegaan welke huisarts-, assistente- en praktijkkenmerken van invloed zijn op de mate waarin de praktijkassistente wordt ingeschakeld in de huisartspraktijk.

De belangrijkste factoren die een samenhang vertonen met de mate van delegatie aan de praktijkassistente zijn: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, de praktijkvorm, het gediplomeerd zijn van de assistente en een schriftelijke arbeidsovereenkomst. De gediplomeerde praktijkassistente onderscheidt zich doordat zijn vele, veelal medisch-technische taken gedelegeerd krijgt. De niet gediplomeerde assistente krijgt met name administratieve taken gedelegeerd. De meer delegerende huisarts legt minder visites af en besteedt een groter deel van de tijd aan spreekuurcontacten dan de collega die minder taken overlaat aan de assistente. De situatie voor het meer adequaat inschakelen van de praktijkassistente is gunstiger, als huisartsen in samenwerkingsverbanden werkzaam zijn, werken volgens een afsprakspreekuur, uitsluitend samenwerken met gediplomeerde praktijkassistenten waarbij de praktijkassistente de beschikking heeft over een eigen werkruimte.

5.2 Inleiding

De 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' is gebaseerd op een drie maanden registratie in 103 huisartspraktijken met 161 gevestigde huisartsen en 177 praktijkassistenten. Deze materiaalverzameling heeft geleid tot de registratie van 386.000 contacten tussen patiënt en huisartspraktijk, waarvan de praktijkassistente 24 procent voor haar rekening nam. Aansluitend op de registratie werden de assistenten schriftelijk geënquêteerd (najaar 1988)¹

In dit artikel wordt aan de hand van deze gegevens nagegaan, welke huisarts-, assistente- en praktijkkenmerken van invloed zijn op de mate waarin aan de praktijkassistente wordt ingeschakeld in de huisartspraktijk.

5.3 Methode

De enquête voor de praktijkassistenten omvatte onder meer een lijst met 21 medisch-technische werkzaamheden, die aan de assistente gedelegeerd kunnen worden.^{2,3} Uitgaande van deze lijst hebben wij een vijfpuntsindex geconstrueerd waarmee de mate van delegatie kan worden bepaald (zie 5.3.1). Deze index kan zowel op assistenteniveau als op huisarts- en praktijkniveau worden gebruikt. Bij meer dan één assistente in de praktijk is steeds de score van de assistente met de hoogste score aangemerkt als de indexscore op praktijkniveau.

De praktijken die niet hadden deelgenomen aan de enquête, zijn niet in de analyse betrokken. Huisartspraktijken waarin geen assistente werkzaam was, kregen de score 0. Voor de indexscore op artsniveau is eveneens de indexscore op praktijkniveau gehanteerd.

Nagegaan is in hoeverre een samenhang bestond tussen de verschillende scores en de volgende kenmerken:

- * huisarts kenmerken, verzameld door middel van een enquête en gegevens uit de Nationale Studie;
- * praktijk kenmerken;
- * assistente kenmerken.²

Als maat voor de samenhang(en) is gebruik gemaakt van de Pearson-correlatie. Het bivariaat testen van samenhangen heeft echter als nadeel dat geen rekening wordt gehouden met storende invloeden ten gevolge van de onderlinge correlaties van de variabelen. Omdat veel gegevens in ons onderzoek onderling correleren, werden tevens een gewone en een stapsgewijze, multiële regressie-analyse¹⁸ uitgevoerd met de delegatie-index als afhankelijke variabele en de kenmerken van arts, assistente en praktijk als verklarende variabelen.⁴

5.3.1 Constructie van een delegatie-index voor praktijkassistenten.

Uitgaande van de lijst met 21 medisch-technische werkzaamheden willen we een index construeren, waarmee de mate van delegatie kan worden bepaald.

De samenstelling van de index moet zodanig zijn, dat assistenten met een hoge waarde op de delegatie-index meer werkzaamheden gedelegeerd krijgen dan assistenten met een lage waarde. Er moet een positief verband zijn tussen de waarde op de index en de kans dat een werkzaamheid uit de index uitgevoerd wordt.

De selectie van werkzaamheden voor de index werd als volgt uitgevoerd. In eerste instantie werden alle werkzaamheden in de index opgenomen. De index-score is gelijk aan het aantal werkzaamheden dat een assistente regelmatig uitvoert. Vervolgens werd voor iedere werkzaamheid uit de index, voor iedere indexscore, de proportie assistenten uitgerekend dat de werkzaamheid uitvoert. Deze proportie werd grafisch afgezet tegen de indexscore. Werkzaamheden, waarvan de proportie niet toeneemt met de indexscore werden vervolgens verwijderd uit de index.

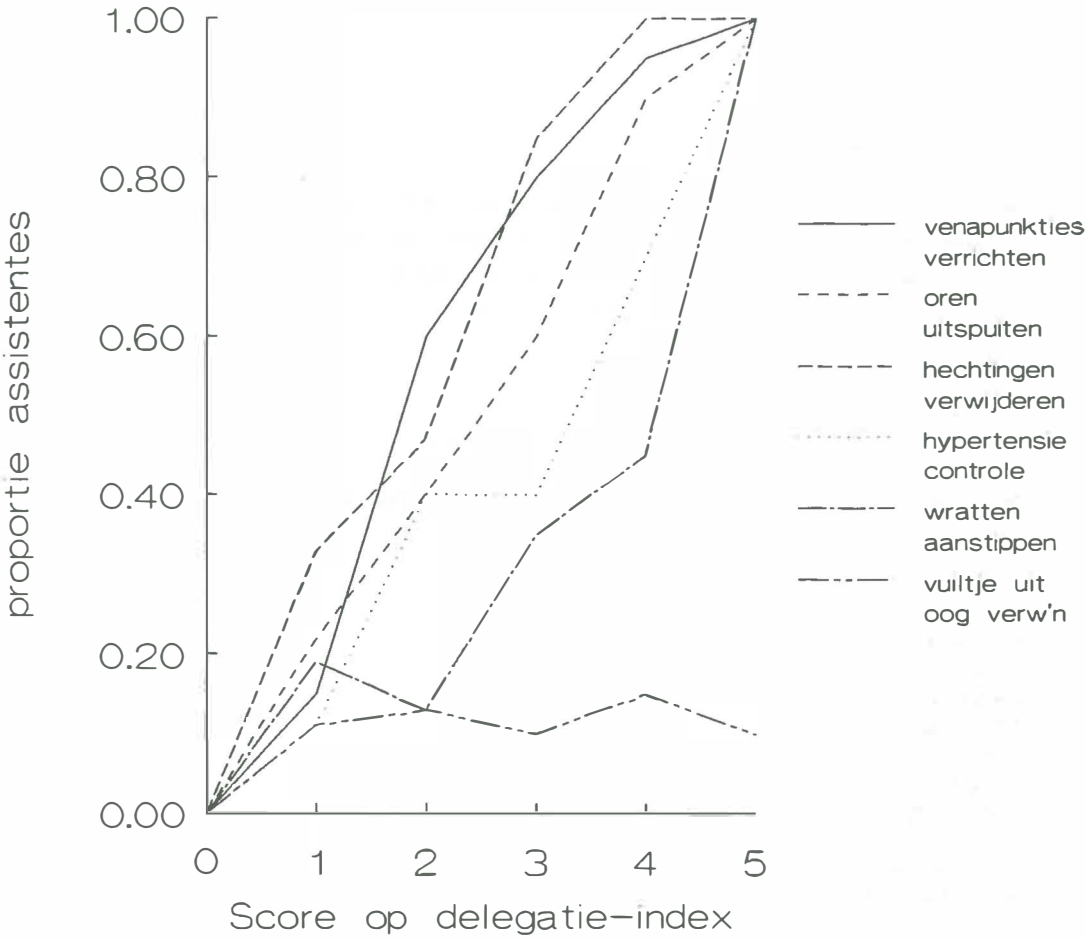
Uiteindelijk bleken vijf variabelen geschikt te zijn om in de index te worden opgenomen: venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, hypertensie controles en wratten aanstippen met vloeibaar stikstof.

Figuur 1 (pagina 69) toont voor alle vijf variabelen het verband tussen de waarde op de delegatie-index en de proportie assistenten, die die werkzaamheid uitvoert. Tevens is het verband weergegeven voor de variabele 'vuiltje uit het oog verwijderen', die niet aan de voorwaarden bleek te voldoen: we zien dat de proportie assistenten, die deze werkzaamheid uitvoert, niet toeneemt bij toenemende delegatie-indexscore.

Om na te gaan in hoeverre de aldus geconstrueerde index gebruikt kan worden als een meetinstrument voor de meting van de delegatie, moet nagegaan worden of de resultaten voldoen aan een meetmodel. In een meetmodel is vastgelegd aan welke voorwaarden de gegevens moeten voldoen wil er sprake zijn van een meetinstrument. Het door ons gebruikte Rasch-model^{5,6} gaat ervan uit dat de kans dat een bepaalde werkzaamheid door een assistente wordt uitgevoerd, bepaald wordt door de mate waarin delegatie plaatsvindt en de aard van de gedelegeerde werkzaamheid. In het Rasch-model leidt dit ertoe, dat het verband tussen de mate van delegatie en de kans dat een werkzaamheid wordt uitgevoerd volgens een logistische curve verloopt. Met behulp van het computerprogramma PML⁷ is nagegaan of de index voldoet aan het RASCH-model. Dit bleek inderdaad het geval.

Iedere assistente krijgt nu een score variërend van 0 tot 5, waarmee de mate van delegatie is bepaald. Hiermee is op assistente-niveau een delegatie-index ontwikkeld voor koppeling aan assistente-kenmerken.

Figuur 1. Itemverloop delegatie-index



5.4 Resultaten

De 177 geënquêteerde praktijkassistenten zijn afkomstig uit 100 (van de 103) huisartspraktijken uit de Nationale Studie. In 3 praktijken was geen praktijkassistente werkzaam. Van 7 praktijken werd geen enquêteformulier ontvangen. Voor analyse kwamen 157 enquêteformulieren in aanmerking, afkomstig uit 91 praktijken, waarvan 21 apotheekhoudend. De 157 assistentes waren gemiddeld 33 jaar oud (SD 9,8) en hadden gemiddeld 8,2 jaar gewerkt als praktijkassistente.

5.4.1 Assistente-niveau

De belangrijkste factoren, die een samenhang vertonen met de mate van taakdelegering aan de assistente zijn: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, de praktijkvorm waarin zij werkzaam is en het gediplomeerd zijn van de praktijkassistente (tabel 1). Als factor verklaart de diplomering 16 procent van de index-variantie. De gediplomeerde praktijkassistente onderscheidt zich doordat zij vele, veelal medisch-technische taken, gedelegeerd krijgt.

Tabel 1. Samenhang van enkele variabelen op assistente-niveau met de mate van taakdelegering aan de praktijkassistente. Pearson-correlaties; P < 0.05; (N = 157).

Assistente variabele	Pearson's Correlatie Coëfficiënt	Kansniveau
Eigen werkruimte	.54	P < .0005
Praktijkvorm	.49	P < .0005
Gediplomeerd zijn van de praktijkassistente	.41	P < .0005
Schriftelijke arbeids- overeenkomst	.36	P < .0005
Urbanisatiegraad	-.23 [#]	P = .021
Regio	-.22 [#]	P = .022
Werkweek in uren van de praktijkassistente (N = 151)	.16	P = .048

: Coëfficiënt Eta

Gediplomeerde praktijkassistenten verrichtten significant vaker worden de volgende werkzaamheden (P < 0.01):

- * adviezen geven bij veel voorkomende klachten (koorts, hoesten, diarree);
- * mededeling doen over de uitslag van een onderzoek;

- * injecties geven; venapuncties verrichten;
- * bepalen van het haemoglobine- en het glucose gehalte in het bloed en het inzetten en aflezen van de BSE;
- * aanleggen of verwisselen van een verband;
- * zwachtelen van het been bij ulcus cruris;
- * hechtingen verwijderen;
- * oren uitspuiten;
- * gehoortest uitvoeren met behulp van een audiometer;
- * verhoogde bloeddruk controles;
- * wratten aanstippen met vloeibaar stikstof;
- * E.C.G.'s maken;
- * wondjes lijmen met wondlijm;
- * anamnese opnemen.

De niet-gediplomeerde assistente krijgt m.n. administratieve taken gedelegeerd. Het uitschrijven van herhalingsrecepten gebeurt door bijna iedere assistente. Zowel gediplomeerd als niet-gediplomeerd. Verder bleek dat aan assistentes, die meer dan 15 uur per week werkzaam zijn, significant meer wordt gedelegeerd ($P=0.003$).

Bij stapsgewijze, multi-pele regressie analyse bleek dat zes variabelen een unieke, significante bijdrage leveren; samen verklaren zij 56 procent van de variantie in de index op assistente-niveau: de eigen werkruimte voor de assistente, de praktijkvorm waarin zij werkzaam is, het al dan niet gediplomeerd zijn van de assistente en een al dan niet schriftelijke arbeidsovereenkomst voor de praktijkassistent, de regio waarin de praktijk gelegen is en de urbanisatiegraad (tabel 2).

5.4.2 Praktijkniveau

Uit tabel 3 blijkt dat er meer gedelegeerd wordt, naarmate er meer praktijkassistenten (eigenlijk: meer "full-time equivalenten assistentie") in de praktijk werkzaam zijn. De praktijkvorm heeft echter wellicht een storende invloed ten gevolge van de onderlinge correlaties van de variabelen. Praktijkvorm, praktijkgrootte en het aantal full-time equivalenten huisarts, onderling sterk samenhangend, vertonen vergelijkbare Pearson-correlaties met de indexscore (10 - 14 procent van de index-variantie verklarend). Er bleken geen significante verschillen tussen de praktijkvormen op te treden t.a.v. het aantal jaren dat de assistente werkzaam is als praktijkassistent, het aantal jaren dat zij in de praktijk werkzaam is, het aantal gewerkte uren per week en de aanwezigheid van een eigen werkruimte.

In groepspraktijken en gezondheidscentra bleek significant vaker een gediplomeerde praktijkassistent werkzaam dan in de solo- of duopraktijken ($P < 0.05$). Tevens gaven deze

praktijkassistenten aan vaker over een schriftelijke arbeidsovereenkomst te beschikken dan hun collegae in solo-/duopraktijk.

Inhoudelijk bleek het takenpakket van de praktijkassistente in solo- en duopraktijk sterk over een te komen. Hoewel de praktijkassistenten in deze praktijkvormen op een enkele taak het hoogst scoorden, was het verschil geen enkele keer significant.

Tabel 2. Verklarende variabelen bij taakdelegering op assistente-, praktijk- en huisarts-niveau. ('Stepwise' multiële regressie-analyse).

Verklarende variabele	B	F	Sign. F
Praktijkassistente-niveau ($R^2 = .55$)			
Eigen werkruimte	1.55	62.8	.0001
Praktijkvorm	1.16	21.6	.0001
Diplomerings van de praktijkassistente	0.54	6.2	.014
Urbanisatiegraad*	-	3.3	.021
Regio*	-	4.0	.021
Schriftelijke arbeidsovereenkomst	0.52	7.1	.009
Praktijkniveau ($R^2 = .44$)			
Eigen werkruimte	1.33	22.94	.0001
Praktijkvorm	1.66	20.26	.0001
Diplomerings assistente	0.87	8.32	.005
Huisartsniveau ($R^2 = .36$)			
Praktijkvorm	1.11	49.00	.0005
Percentage tijd besteed aan visites	-.03	5.56	.02

B : regressie-coëfficiënt

F : F-waarde van B

* : geen unieke waarde te berekenen

De praktijkassistenten in de groepspraktijken scoorden het hoogst ten aanzien van het bepalen van het Hb- en het bloedsuikergehalte, het maken van ECG's, het uitvoeren van een gehoorstest, het lijmen van wonden met wondlijm, het zwachtelen van een been bij ulcus cruris. Ook legden zij significant vaker huisbezoeken af en verrichtten zij vaker de financiële administratie via de computer.

Samen met de collegae in de gezondheidscentra scoorden de praktijkassistenten in een groepspraktijk het hoogst ten aanzien van het aanleggen en verwisselen van verbanden,

verrichten van venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, inzetten + aflezen van BSE ($P = < 0.05$).

Vaker dan in één van de andere praktijkvormen scoorden de praktijkassistenten in een gezondheidscentrum het hoogst t.a.v. de volgende werkzaamheden: hypertensie controle, aanstippen van wratten met vloeibare stikstof, meedelen van uitslagen van onderzoek. Het laagst scoorden deze praktijkassistenten op het typen van verwijsbrieven en het schoonmaken van de praktijkruimten.

Bij stapsgewijze, multiële regressie analyse bleken op praktijk-niveau drie variabelen een unieke, significante bijdrage te leveren: de eigen werkruimte, de praktijkvorm, de diplomering van de assistente (tabel 2).

Tabel 3. Samenhang van enkele variabelen op praktijkniveau met de mate van taakdelegering aan de praktijkassistent. Pearson-correlaties; $P < 0.05$; ($N = 96$).

Praktijk variabele	Pearson's Correlatie Correlatie	Kansniveau
Eigen werkruimte voor de assistente ($N = 91$)	.48	$P = .001$
Aantal full-time equivalenten assistente	.45	$P < .0005$
Praktijkvorm	.38	$P < .0005$
Praktijkgrootte	.38	$P < .0005$
Gediplomeerd zijn van de praktijkassistent ($N = 91$)	.35	$P = .001$
Spreekuur contact ratio	.35	$P < .0005$
Aantal full-time equiv. huisarts per praktijk	.32	$P = .001$

5.4.3 Huisarts-niveau

Tabel 4 geeft een beeld van de huisarts die in grote(re) mate de praktijkassistent in-schakelt bij de praktijkvoering. Deze huisarts werkt in een samenwerkingsverband en heeft een 'niet-traditionele' werkstijl (waarbij een 'traditionele' werkstijl wordt gekenmerkt door het niet laten blijken van onzekerheid aan patiënten, door geen of weinig hulp in te roepen van collega huisartsen en door het vaak eerst eens met een medicijn proberen.⁸ Tevens legt de meer delegerende huisarts minder visites af en besteedt hij een groter deel van de tijd aan spreekuurcontacten, dan de collega, die minder taken overlaat aan de assistente. De meer

delegerende huisarts lijkt meer tijd uit te trekken voor ieder consult. Ook de medisch-technische verrichtingen zijn meer vertegenwoordigd in het takenpakket van de meer delegerende huisarts.

Met betrekking tot het delegeren spelen de leeftijd, het geslacht en de jaren beroepservaring van de huisarts geen rol. In de beoordeling van de arbeidssatisfactie lijken bij de meer delegerende huisarts positieve gevoelens te overheersen; tegelijkertijd echter is hij ontevreden over de beschikbare tijd. Of de huisarts meer of minder aan de assistente delegeert, lijkt voor het totaal aantal werkuren niet uit te maken. Ook ten aanzien van het aantal patiëntcontacten lijkt er geen duidelijke verschuiving op te treden.

Bij stapsgewijze, multiële regressie analyse bleken op huisartsniveau twee variabelen een unieke, significante bijdrage te leveren (samen 36 procent verklaarde variantie): de praktijkvorm en het percentage tijd dat de huisarts besteedt aan visites (negatief geladen) (tabel 2).

Tabel 4. Samenhang van enkele variabelen op huisartsniveau met de mate van taakdelegering aan de praktijkassistente. Pearson-correlaties; P<0.05.

Huisarts variabele	Correlatie Coëfficiënt	(N =)	Kansniveau
Praktijkvorm	.46	(153)	P< .0005
Visite contact ratio	-.32	(153)	P< .0005
Traditionele werkstijl	-.32	(152)	P< .0005
Percentage tijd besteed aan spreekuur in de praktijk	.31	(116)	P= .001
Percentage tijd besteed aan visites	-.30	(116)	P= .001
Medisch-technische verrichtingen door de huisarts	.30	(147)	P< .0005
Tevredenheid met beschikbare tijd	-.24	(149)	P= .003
Gemiddelde consultduur	.23	(153)	P= .004
Arbeidssatisfactie: positieve gevoelens	.21	(146)	P= .012
Percentage tijd aan afspreekspreekuur (van de totale spreekuurtijd)	.20	(116)	P= .030
Omvang ideale praktijk	-.20	(151)	P= .014
Arbeidssatisfactie: totaal	.19	(145)	P= .026

5.5 Beschouwing

Het onderzoek levert een aantal opvallende resultaten op. De factor 'eigen werkruimte' bleek van meer betekenis dan de diplomering van de assistente, hoewel deze factor eveneens van belang is voor de medisch-technische taken die de gediplomeerde praktijkassistente verricht.

Met name in samenwerkingsverbanden lijkt de functie van de assistente meer gericht op patiënt-gebonden werkzaamheden. De huisarts in een samenwerkingsverband delegeert meer, waarbij meespeelt, dat deze huisarts meestal omringd is door gediplomeerde praktijkassistenten. Een huisarts, die zijn assistente meer inschakelt, legt minder visites af en ziet meer patiënten op het afspraksprekeuur, waarbij meer tijd voor de patiënt inruimt en zich niet van een als 'traditioneel' omschreven werkstijl bedient. De meer delegerende huisarts heeft eveneens een grotere variëteit van medisch-technische verrichtingen.

De bevindingen van Bowling stemmen hiermee overeen.⁹ Haar bevinding dat de artsen die veel handelingen delegeerden, hun opleiding vaker dan anderen recent hadden voltooid, wordt in dit onderzoek niet bevestigd. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in de methodologische noodzaak de delegatie-indexscore op praktijkniveau te gebruiken als indexscore op huisartsniveau.

De praktijkvorm blijkt sterk bepalend voor het delegeren van taken aan de praktijkassistente. Daarnaast blijkt de aanwezigheid van een eigen werkruimte voor de assistente een sterke samenhang te hebben met het delegeren.

Het belang van de gevonden bivariate samenhangen mag intussen niet worden overtrokken; wel kan een aantal hypothesen worden getoetst in verder onderzoek. Voorbeelden zijn de samenhang tussen enerzijds visite-contact-ratio, regio en urbanisatiegraad en anderzijds de mate van inschakelen van de assistente. Het percentage verklaarde variantie bij de regressie analyse is redelijk hoog op alle drie niveau's.

Allereerst valt op dat er een belangrijke inter-assistente variatie is in de functie uitoefening. Dat betekent dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van de functie van de assistente, met name in solo- en duopraktijken.

De afgelopen 20 jaar is het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen werkzaam in een samenwerkingsverband gestegen van 14 naar 47 procent. Verwacht mag worden dat deze trend zich de komende jaren zal voortzetten met mogelijke gevolgen voor de functie-inhoud van de praktijkassistente.

5.6 Literatuur

1. Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
2. Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom - de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. Huisarts Wet 1990; 9: 350 - 4, 363.
3. Nijland A, Tuntler - Vink CJHD, Meyboom - de Jong B, De Haan J. De doktersassistente: Een beroep in beweging. Med Contact, 1990; 51/52: 1548 - 50.
4. Knottnerus JA, Volovics A. Correlatie en regressie. Huisarts Wet 1988; 31: 18 - 22.
5. Wright BD, Stone MH. Best Test Design - Rasch measurement. Mesa uitgave.
6. Molenaar IW. Mensen die het beter meten - Een inleiding tot enige latente trekmodellen. Kwantitatieve methoden 1982; 5: 3 - 29.
7. Gustafsson JE. PML: A computer program for conditional estimation and testing in the RASCH model for dichotomous items. University of Göteborg, Institute of Education, 1979.
8. Foets M, Hutten J, Sixma H, Stokx L. De huisartsenenquête van de Nationale Studie. Data reductie door schaalconstructie. Utrecht: NIVEL, 1991.
9. Bowling A. Delegation to nurses in general practice. J Roy Coll Gen Pract 1981; 31: 485 - 90.

6. Zelfstandige verrichtingen van de praktijkassistente in de huisartspraktijk.

A. Nijland

K.H. Groenier

B. Meyboom - de Jong

J. van der Velden

J. de Haan

Nijland A, Groenier KH, Meyboom - de Jong, Van der Velden J, De Haan J.
Zelfstandige verrichtingen van de praktijkassistente in de huisartspraktijk.
Huisarts & Wetenschap geaccepteerd.

6.1 Samenvatting

In het kader van de 'Nationale Studie' van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, door het NIVEL, werden door 177 praktijkassistenten ruim 92000 patiëntcontacten geregistreerd. Centraal in de analyse staan de zelfstandige assistente-verrichtingen opgesplitst in diagnostische -, behandelings- en administratieve verrichtingen en verrichtingen ten behoeve van de receptuur. De patiëntcontacten zijn opgesplitst in contacten met uitsluitend herhaalreceptuur (bijna driekwart van alle contacten), contacten waarin minstens één nieuw recept werd uitgeschreven (10 procent) en contacten zonder receptuur (16 procent). Verrichtingengetallen worden gepresenteerd en zijn gebaseerd op 1000 contacten per onderscheiden subgroep.

Het aandeel van de assistente is ongeveer één-derde van alle patiënt-huisartspraktijk contacten. Bijna éénderde van de geregistreerde contactredenen werd telefonisch aangeboden. Éénderde van de herhaalreceptuur en ruim de helft van de contactredenen waarvoor een nieuw medicijn werd voorgeschreven, werd telefonisch afgehandeld.

De meest voorkomende verrichting van de doktersassistenten was het uitschrijven van een herhaalrecept. Bijna drie-kwart van alle contactredenen betrof een verzoek om herhaalreceptuur. In ruim 18 procent van de contacten werden patiënt-gebonden verrichtingen door de assistente geregistreerd. Worden de telefonische contacten buiten beschouwing gelaten, dan bleek in 1 op de 4 contacten sprake van een patiënt-gebonden verrichting. De mate van taak-delegering hangt ten nauwste samen met de patiënt-gebonden verrichtingen. De gediplomeerde assistente registreerde ruim tweemaal zoveel patiënt-gebonden verrichtingen als de ongediplomeerde assistente. De aanwezigheid van een eigen werkruimte was van invloed met een factor 3. En in groepspraktijken en gezondheidscentra werden 2 - 3 maal zoveel patiënt-gebonden verrichtingen geregistreerd als in solo- en duopraktijken.

Het kunnen beschikken over een eigen werkruimte en de diplomering van de praktijkassistent zijn dan ook, naast de praktijkvorm waarin zij werkzaam is en een schriftelijke arbeidsovereenkomst, de bepalende factoren voor de mate waarin de praktijkassistent wordt ingeschakeld door de huisarts.

6.2 Inleiding

Cijfermatige informatie over de verrichtingen door de assistente is van belang voor de ontwikkeling en evaluatie van het praktijkvoeringsbeleid van de huisarts.

De beroepsgroep van doktersassistenten is gebaat bij het inzichtelijk maken van de vele facetten van het werk van doktersassistent. Naast de bestaande beroepsopleiding en het bestaande beroepsprofiel is inzicht in de kwantitatieve aspecten een volgende stap in het proces van voortgaande professionalisering. Kwantitatieve gegevens zijn eveneens van belang voor de evaluatie en planning van de beroepsopleiding voor doktersassistent. De

ontwikkeling van het beroep van doktersassistente is gebaat bij een voortgaande discussie over de eindtermen van de opleiding.

Onderzoek in de jaren vijftig besteedt met name aandacht aan de mogelijkheden die een assistente biedt voor tijdsbesparing en werklastvermindering van de huisarts.^{1,2} De eerste cijfermatige informatie over het werk van de doktersassistente is afkomstig van Ten Cate in zijn dissertatie 'De praktijkhulp van de huisarts'. Tijdanalyse van de verschillende taken van de assistente staat hierin centraal.² Kwantitatieve gegevens over afzonderlijke verrichtingen ontbreken nagenoeg. Deze onderzoeksresultaten kunnen niet worden geëxtrapoleerd naar de huidige tijd.

Het takenpakket van de assistente is in de loop der jaren veranderd. De vanoudsher bekende taken voert zij nog steeds uit (telefoon aannemen, dossier administratie). In de loop van de tijd is de assistente daarnaast steeds meer patiënt-gebonden taken gaan verrichten (oor uitspuiten, bloeddruk controle, hechtingen verwijderen). Dergelijke taken vallen haar vooral ten deel in samenwerkingsverbanden van huisartsen, waarin gediplomeerde praktijkassistenten werkzaam zijn.³ Uit enquêtes is gebleken dat de praktijkvorm, de diplomering van de assistente en het kunnen beschikken over een eigen werkruimte door de assistente bepalende factoren zijn voor de mate waarin de assistente wordt ingeschakeld door de huisarts.³

In dit artikel wordt dit in de geregistreerde gegevens nagegaan aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. Welke verrichtingen worden door praktijkassistentes zelfstandig uitgevoerd en met welke frequentie ?
2. Wat is de relatie tussen praktijkvorm, diplomering van de assistente en een 'eigen werkruimte' voor de assistente en de zelfstandige verrichtingen van de assistente ?
3. Is de delegatie-index gebaseerd op door praktijkassistenten gerapporteerd gedrag³ eveneens geldig bij de registratie gegevens ?

6.3 Methoden

De gegevens voor analyse zijn verkregen uit de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'.^{4,5} Aan deze studie hebben 103 huisartspraktijken met 161 gevestigde huisartsen deelgenomen, met een gezamenlijke praktijkpopulatie van 335.000 personen. Deze huisartsen vormen een aselechte, niet-proportionele, gestratificeerde steekproef van de Nederlandse huisartspopulatie. Als stratificatievariabelen golden regio, urbanisatiegraad en de afstand van de praktijk tot het ziekenhuis. Voornoemde huisartspraktijken registreerden in vier achtereenvolgende groepen van gelijke grootte gedurende drie maanden in het tijdvak 1 april 1987 - 31 maart 1988 gegevens over alle contacten met patiënten. De materiaalverzameling heeft geleid tot de registratie van 386.000 contacten tussen patiënt en huisartspraktijk, waarvan ruim 92000 contacten met de praktijkassistente. De morbiditeitsgegevens uit de

bevolking gepresenteerd aan de huisartspraktijk zijn gecodeerd volgens de ICPD.⁶

Voor de vraag of de huisarts dan wel de assistente een contactregistratieformulier invult, geldt het criterium wie het contact zelfstandig begint en afhandelt. Wanneer een patiënt eerst bij de huisarts komt en bijvoorbeeld vervolgens voor een verrichting (binnen dezelfde contactreden) bij de assistente, wordt het formulier door de arts ingevuld. Wanneer een patiënt direct bij de assistente komt, vult de assistente het formulier in.⁵ Het gaat dus om de registratie van de activiteiten die zonder tussenkomst van de huisarts verricht worden.

Op het contactregistratieformulier (bijlagen 12.1 en 12.2) moesten, naast het huisartsnummer en het assistentennummer en de datum, de rubrieken patiënt-gegevens (naam, geboortedatum, geslacht), contactgegevens, klachten en diagnose/werkhypothesen en vervolgafspraken bij ieder contact worden ingevuld.⁵ Indien van toepassing werden de rubrieken diagnostiek, behandeling, prescriptie en verwijzing ingevuld. Voor de rubrieken prescriptie en verwijzing werd ervan uitgegaan dat hieromtrent de huisarts werd geraadpleegd.

Voor de analyses zijn de verwijzingen (verwijskaarten), evenals de 'diagnostiek elders' opgenomen als administratieve verrichtingen, naast 'administratief' (taxibriefjes e.d.) zoals dat is opgenomen in de rubriek 'behandeling' op het contactregistratieformulier. Het uitschrijven van een herhaalrecept zou als administratieve verrichting kunnen worden aangemerkt; echter is gekozen de receptuur apart te vermelden in de tabellen. Telefonische contacten zijn alleen geregistreerd indien er sprake was van prescriptie en/of verwijzing.

Naast praktijkassistenten hebben stagiaires hun contacten met patiënten geregistreerd. Aangezien de inhoudelijke aspecten van deze contacten niet wezenlijk verschilden van de assistente-contacten en de stagiaires ook door een assistente werden begeleid, is besloten deze contacten te handhaven voor de analyse.

Dat dezelfde patiënt op dezelfde dag meerdere contacten had met de huisartspraktijk, hetzij met dezelfde assistente (1,77 %) of met verschillende assistentes (0,43 %), gebeurde in 2,2 % van alle geregistreerde contacten. In een deel van deze gevallen betrof het enkelvoudige contacten, maar werden de contactregistratieformulieren behorend bij hetzelfde contact als afzonderlijke contacten genummerd. De inhoudelijke aspecten van deze "dubbele contacten" verschilden echter niet van de andere contacten, reden waarom hiervoor niet is gecorrigeerd.

In 5,4 % van de assistente-contacten bleek tevens sprake van een huisarts contact met dezelfde patiënt op dezelfde dag. Contacten met en de huisarts en de assistente kunnen inhoudelijk dezelfde contactreden of (een) verschillende contactreden(en) betreffen. Registratie door en de huisarts en de assistente voor dezelfde contactreden is niet conform de richtlijnen. Inhoudelijk verschilden deze assistente-contacten niet van haar overige contacten met patiënten, reden waarom ook deze contacten zijn gehandhaafd.

In het tijdvak 1 april 1987 t/m 30 juni 1987 (Periode 1) is door alle praktijken de herhaalreceptuur gedurende de gehele periode geregistreerd. In de praktijken die deelnamen aan de volgende registratieperioden van 3 maanden in het tijdvak van 1 juli 1987 t/m 30

maart 1988 (Periodes 2,3,4) werd gedurende de helft van de periode (nl. 6,5 week) de herhaalreceptuur geregistreerd. Ten einde vergelijking tussen de registratieperioden mogelijk te maken is de herhaalreceptuur in de tweede, derde en vierde periode gewogen met een factor 2.

Voor de analyse werden de geregistreeerde contactredenen opgesplitst in drie elkaar (nagenoeg geheel) uitsluitende subgroepen: contactredenen met uitsluitend herhaalreceptuur, contactredenen waarin minstens één nieuw recept werd voorgeschreven en contactredenen zonder receptuur. Hiervoor werden de werkelijk geregistreeerde (ongewogen) data gebruikt; weging werd alleen toegepast indien relatieve gegevens werden nagestreefd. Voor de onderscheiden subgroepen zijn de kwantitatieve gegevens opgesplitst in 'diagnostische verrichtingen', 'behandelingsverrichtingen', 'administratieve verrichtingen' en 'receptuurvoorschriften' uitgedrukt per 1000 contacten. Deze verrichtingengetallen in de onderscheiden subgroepen zijn gebaseerd op het totaal aantal geregistreeerde contacten in de onderscheiden subgroepen.

In tabel 2 en figuur 1 worden de analyseresultaten op contactreden-niveau gepresenteerd. In de overige tabellen waarin analyseresultaten van de registratie worden gepresenteerd, is dit gedaan op contact-niveau.

De telefonische contacten zijn gehandhaafd bij de analyse van de zelfstandige verrichtingen van de assistente (tabellen 3, 4, 5a, 5b). Dit beïnvloedt de verrichtingengetallen voor diagnostiek en o.a. medisch-technische verrichtingen in vis-à-vis contacten in negatieve zin. Om echter de relatie met de overige behandelings- en administratieve verrichtingen te handhaven, is hiervoor niet gecorrigeerd. Alle vis-à-vis contacten zijn gelabeld als baliecontacten, aangezien niet geregistreeerd hoefde te worden of een contact aan de balie, dan wel in de 'eigen werkruimte' van de assistente plaats vond.

Voor het beschrijven van patiënt-gebonden verrichtingen zijn de diagnostische en behandelingsverrichtingen samengenomen. Terwille van de eenduidigheid is het diagnostisch urine onderzoek tevens hierin opgenomen.

6.3.1 Delegatie-index

De constructie van een index voor taakdelegering is besproken in eerder gepubliceerde onderzoeksgegevens.³ De delegatie-index is samengesteld uit vijf variabelen, te weten: venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, hypertensie controles en wratten aanstippen met vloeibaar stikstof. Gebaseerd op de contactregistratie is op assistente-niveau een delegatie-index geconstrueerd. Iedere assistente krijgt nu een score variërend van 0 tot 5, waarmee de mate van delegatie is bepaald. Met behulp van de delegatie-indexscore is gezocht naar een samenhang met variabelen uit de contactregistratie. Als maat voor de samenhang(en) is gebruik gemaakt van de Pearson-correlatie. Tevens werd een gewone en een stapsgewijze, multiële regressie-analyse^{3,7} uitgevoerd met de delegatie-index als afhankelijke variabele.

6.3.2 Validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens

Voor een inzicht in de validiteit en betrouwbaarheid van de door de praktijkassistente geregistreerde gegevens is het noodzakelijk de volgende aspecten van de organisatie van de materiaalverzameling en invoer van gegevens te kennen:⁵

- een uitvoerige instructie en een proefregistratie hebben vooraf aan de registratie plaatsgevonden;
- een (para) medisch geschoolde veldwerker bezocht elke week de huisartspraktijk en controleerde de ingevulde registratieformulieren op volledigheid en juistheid en besprak problemen met de registrerende praktijkassistente en/of huisarts;
- de veldwerker verrichtte de coderingen van de redenen voor contact en diagnose, welke steekproefgewijs (1-10%) op het NIVEL werden gecontroleerd. Bovendien vonden wekelijkse besprekingen plaats over codering in en coderingsproblemen met betrekking tot de ICPC. De uniformiteit van coderen door veldwerkers werd wekelijks gecontroleerd door middel van testen waarin vooral probleemgevallen werden voorgelegd. Bij deze probleemgevallen bestond een overeenstemmingspercentage van tenminste 80 procent. De data entry is gecontroleerd door de ingevoerde gegevens van een steekproef van 2 procent van de contactregistratieformulieren te vergelijken met de gegevens van de formulieren. In 1,1 procent van de gecontroleerde formulieren werd een fout gevonden die meestal één variabele betrof.⁸

Betrouwbaarheid van registratie en verwerking van gegevens is op de volgende wijze nagegaan:

- * controle op de volledigheid van registratie: daarvoor is de variatie in het aantal contacten met de praktijkassistente per week over de gehele registratie periode bekeken. Het blijkt dat de variatie per week bijzonder gering is geweest en dat van een stabiele registratie kan worden gesproken, zonder op- of neergang in het aantal contacten per week. Bij een steekproef van 7 praktijken is eveneens de variatie van het mogelijk te registreren aantal contacten bekeken: ook hier was van een stabiel beeld over de weken heen te spreken. Gezien beide resultaten mag redelijkerwijs van een volledige registratie worden uitgegaan;
- * controle op alle in de studie geregistreerde episoden door een viertal (huis) artsen werkzaam bij het NIVEL, volgens een vast stramien;
- * identificatie van incompatibiliteit 'diagnose - leeftijd' en 'diagnose - geslacht' door een computerprogramma, dat eveneens gehanteerd wordt in de CMR/NUHI;⁹
- * identificatie van incompatibiliteit 'diagnose - prescriptie' door een eigen computer-programma.

De totale incompatibiliteit bedraagt minder dan 0,5 procent van het totaal aantal contacten in de studie.

6.4 Resultaten

De registratie van contacten met patiënten is uitgevoerd door 177 assistenten en 8 stagiaires, werkzaam in 100 (van de 103) huisartspraktijken uit de Nationale Studie. In 3 huisartspraktijken was geen praktijkassistente werkzaam. 48 Procent van de assistenten bleek gediplomeerd te zijn als doktersassistente.

Tweederde van de assistenten beschikte over een eigen werkruimte voor het zelfstandig kunnen behandelen van patiënten tijdens het spreekuur van de huisarts. Significant meer gediplomeerde assistenten dan ongediplomeerde assistenten hadden de beschikking over een eigen werkruimte (76 vs. 56 procent; $P=0.0085$).

Uit tabel 1 blijkt de relatie tussen praktijkvorm, diplomering van de assistente en de beschikbaarheid van een eigen werkruimte voor de assistente. In groepspraktijken en gezondheidscentra was het percentage gediplomeerde assistenten significant hoger dan in solo- en duopraktijken ($P=0.05$).

Tabel 1. Relatie praktijkvorm, diplomering van de assistente en beschikbaarheid van een eigen werkruimte voor de assistente. (N = 177 assistentes). Percentages.

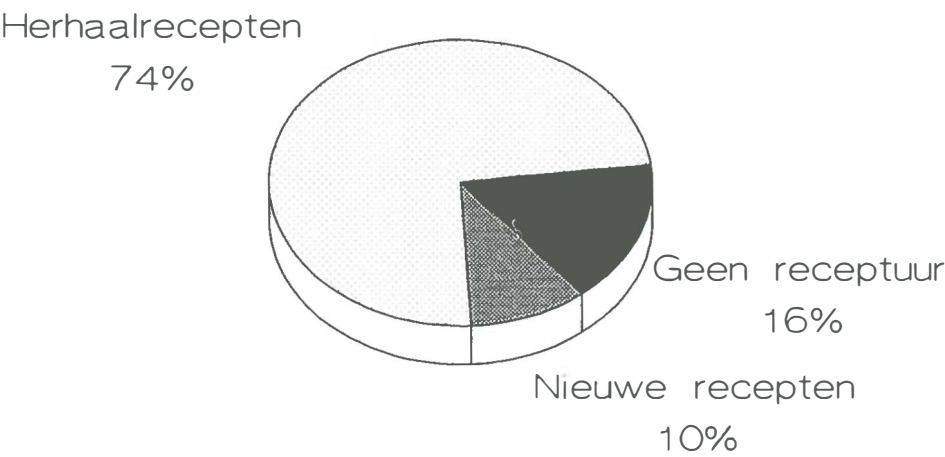
Praktijkvorm	Aanwezigheid van een gediplomeerde assistente	Aanwezigheid van een eigen werkruimte
Solopraktijk	40	63
Duopraktijk	34	56
Groepspraktijk	72	72
Gezondheidscentrum	64	82

In totaal werden van 58574 patiënten, 92514 contacten met 106529 contactredenen geregistreerd door de assistenten. Na weging voor de herhaalreceptuur, betekent dit 1,17 contactredenen per contact. Per doktersassistente werden gemiddeld 576 contactredenen (mediaan: 493; min 2; max 2607) in gemiddeld 500 contacten (mediaan: 435; min 2; max 2076) geregistreerd in de registratieperiode van drie maanden. In 15 procent van de registrerende assistentes betrof het een meewerkende partner (echtgenote) van de huisarts. Deze groep registreerde 7 procent van alle contacten. De groep stagiaires (4,3 procent) registreerde 1,85 procent van alle contacten. Het gemiddelde aantal contactredenen geregistreerd door de assistente in een gezondheidscentrum (mean 235) lag significant lager dan in de andere praktijkvormen ($P=0.05$). 62 Procent van de contacten waren met vrouwelijke patiënten.

Van de contacten tussen assistente en patiënt betrof 86 procent een enkelvoudig

Figuur 1A

Onderverdeling contactredenen assistente
herhaalrecept, nieuw recept, geen recept



probleem, terwijl in 14 procent van de contacten meer dan één contactreden werd gepresenteerd.

Uit tabel 2 blijkt dat 32 procent van het totale aantal contactredenen telefonisch werd aangeboden. In driekwart van de gevallen ging het hierbij om herhaalreceptuur. 68 Procent van de contactredenen werd via een baliecontact geregistreerd. Eveneens in circa driekwart van de baliecontacten ging het om herhaalreceptuur.

Uit tabel 2 en figuur 1A blijkt voorts dat 74 procent van alle contactredenen een verzoek om herhaalreceptuur inhield; in 10 procent van de contactredenen werd één of meer nieuwe recepten uitgeschreven, terwijl in 16 procent van de contactredenen geen medicatie voorkwam. De enige overlap tussen deze subgroepen bevindt zich in de subgroep, waarin nieuwe receptuur werd uitgeschreven. In 1,4 procent van deze contactredenen werd tevens herhaalreceptuur uitgeschreven (0,14 procent van alle contacten).

Tabel 2. Overzicht van de geregistreerde contactredenen door de praktijkassistente, opgesplitst in telefonisch aangeboden en via de balie aangeboden contactredenen(*) en naar de onderscheiden sub-groepen. Afgeronde percentages.

Soort contact	Tenminste 1 nieuw recept	Uitsluitend herhaalrecept	Zonder receptuur	Totaal
* Telefonisch	5	24	3	32
* Balie	5	50	13	68
Totaal	10	74	16	100

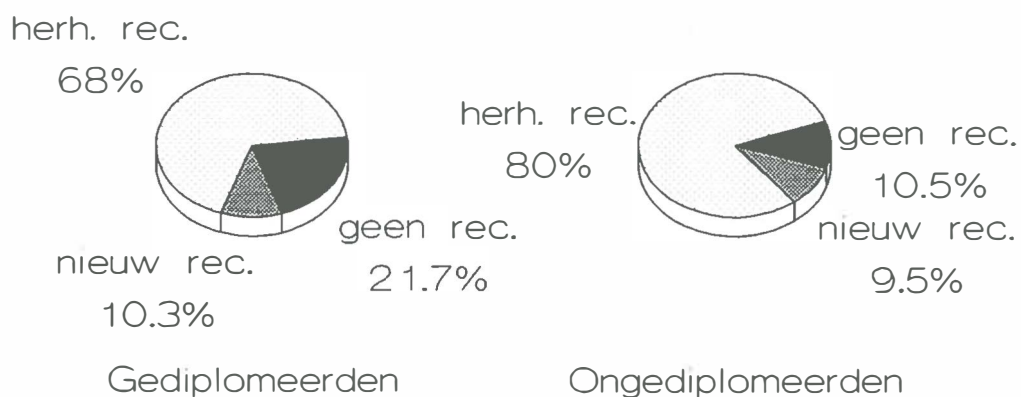
(*) : In 0,1 procent betrof het een door de assistente afgelegde visite.

Uit figuur 1B blijkt dat 68 procent van de contactredenen geregistreerd door de gediplomeerde assistente een verzoek om herhaalreceptuur inhield, tegenover 80 procent van de contactredenen geregistreerd door de ongediplomeerde. De gediplomeerde assistente had in 22 procent te maken met contactredenen zonder receptuur, tegenover de ongediplomeerde assistente 11 procent.

De meest voorkomende verrichting van doktersassistenten was het uitschrijven van een herhaalrecept, uitgedrukt in het aantal herhaalrecepten per 1000 contacten met een verrichtingengetal van 997. Het voorschrijven van een nieuw recept volgde daarop in frequentie: 128 nieuwe recepten per 1000 contacten (tabel 3). Uit tabel 3 blijkt verder dat in 10 procent van de contacten diagnostische verrichtingen, in 9 procent behandelingsverrich

Figuur 1B

Onderverdeling contactredenen assistente naar diplomering van de assistente

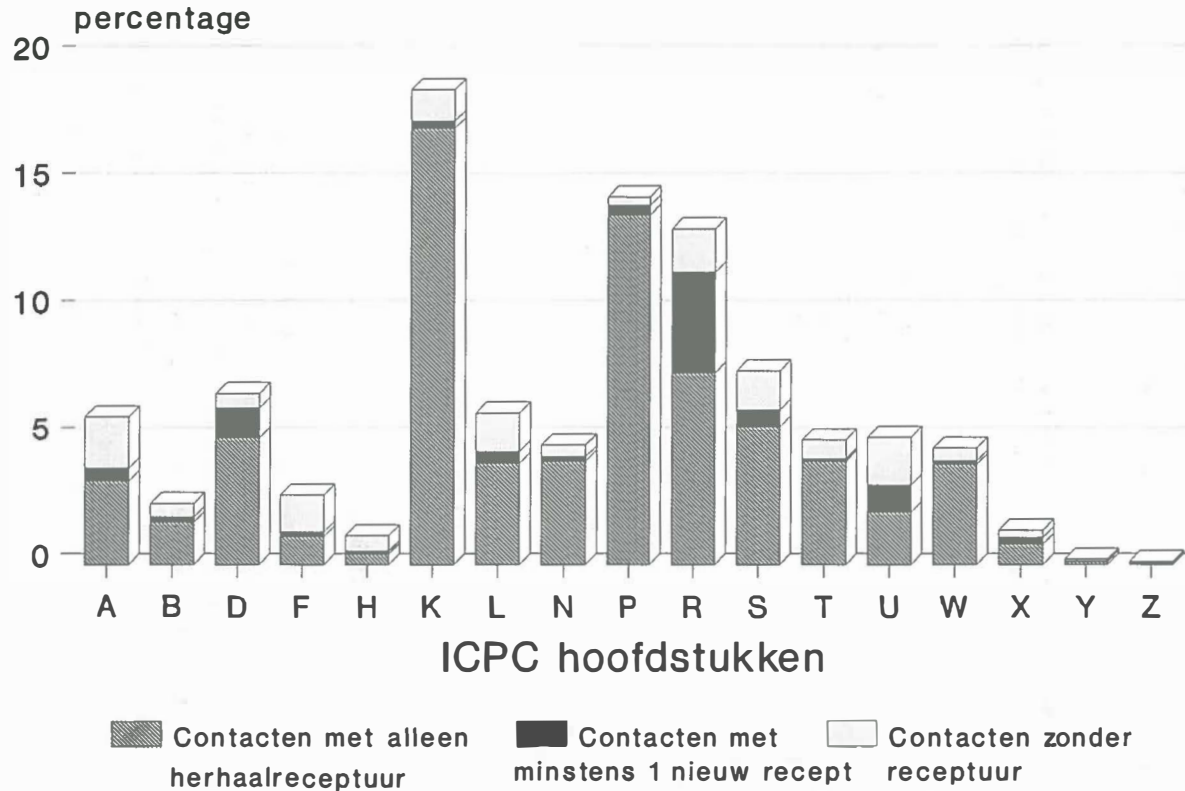


Tabel 3. Overzicht van de zelfstandige verrichtingen door de assistente, uitgedrukt in het aantal verrichtingen per 1000 contacten.

Verrichting	Totaal	Contacten met tenminste 1 nieuw recept	Contacten met uitsluitend herhaalreceptuur	Contacten zonder receptuur
	per 1000 cont	per 1000 cont	per 1000 cont	per 1000 cont
- Diagnostische verrichtingen	95	176	9	410
* klin. diagnostiek	7	2	3	28
* bloedonderzoek	10	10	2	48
* urine onderzoek	71	157	4	301
* overig (ecg, audiogram)	7	7	0	33
- Behandelingsverrichtingen	86	83	17	366
* voorlichting en advies	29	55	3	123
* medisch-technisch	40	14	12	160
* vaccinaties	15	12	1	74
* overig	2	2	0	9
- Administratieve verrichtingen	88	21	8	478
* verwijskaarten				
medisch specialist	55	1	1	326
fysiotherapeut	7	0	0	40
* formulieren				
'diagnostiek elders'	8	5	3	31
* overig	18	15	4	81
- Receptuur				
* nieuwe recepten	128	1179	0	0
* herhaalrecepten	997	18	1437	0

- * klinische diagnostiek: bloeddruk, gewicht, keel\neus\oren;
- * bloedonderzoek: Hb, BSE, glucose;
- * urine onderzoek: sediment, nitriet, glucose\eiwit, zwangerschapstest;
- * voorlichting en advies: geruststellen, voorlichting over klacht(en)\ziekte\behandeling\medicatie\verwijzen\operatie\dieet, GVO, even aankijken, (bed)rust, staken medicatie, dieet;
- * medisch-technisch: injectie, oor uitspuiten, wondverzorging, kleine chirurgie, zwachtelen\tappen\reponeren, catheteriseren, vloeibare stikstof;

**Figuur 2. Onderverdeling werkzaamheden assistente
Herhaalrecept, nieuw recept, geen recept**



Aandeel ICPC hoofdstukken

tingen (bijna de helft hiervan waren medisch-technische verrichtingen, tabel 4) en in 9 procent administratieve verrichtingen plaats vonden.

Figuur 2 toont het overzicht van de contactredenen, geclassificeerd met behulp van de ICPC en opgesplitst naar de vermelde subgroepen.

Tabel 4. Medisch-technische verrichtingen door de assistente. Voor alle registrerende assistenten en opgesplitst naar diplomering van de assistente. Aantal per 1000 contacten.

Verrichting	Alle assistenten (N = 157)	Gediplomeerde assistenten (N = 75)	Ongediplomeerde assistenten (N = 82)
Injecties	23	36	12
Oor uitspuiten	4	6	1
Wondverzorging	8	14	3
Kleine chirurgie	1	1	0
Zwachtelen, tapen, reponeren	2	3	1
Catheteriseren	0	0	0
Vloeibare stikstof	2	5	0
Medisch-technische verrichtingen (totaal)	40	66	17

6.4.1 Diagnostische verrichtingen

Zelfstandig door de assistente uitgevoerde diagnostische verrichtingen vonden plaats in 95 per 1000 contacten. Veruit het belangrijkste, kwantitatief gezien, was hierin het urine-onderzoek (tabel 3). De meeste diagnostische verrichtingen vonden plaats in contacten zonder receptuur, veelal ter uitsluiting van een urineweginfectie.

Bloedonderzoek vond plaats in 1 op de circa 100 patiëntcontacten. In bijna de helft van de gevallen ging het om het bepalen van het Hb-gehalte.

De gediplomeerde assistente deed ruim tweemaal zoveel diagnostische verrichtingen als de ongediplomeerde assistente (verrichtingengetallen 130 resp. 62). De factor 'eigen werkruimte' (wel/niet: verrichtingengetallen 125 resp. 40) bleek van meer invloed dan de factor 'diplomering'. De meeste diagnostische verrichtingen vonden plaats in gezondheidscentra in vergelijking met de andere praktijkvormen. Diagnostisch urine onderzoek vormde de belangrijkste verklarende factor (tabel 5a).

Tabel 5 (a). Overzicht van zelfstandige verrichtingen door de assistente. Voor alle geregistreerde contacten en opgesplitst naar praktijkvorm. Per 1000 contacten.

Verrichting	Totaal (N = 103)	Solo (N = 49)	Duo (N = 36)	Groep (N = 10)	Gezondhc (N = 8)
- Diagnostische verrichtingen	95	66	75	137	289
* klin. diagnostiek	7	4	7	5	19
* bloedonderzoek	10	7	8	22	21
* urine onderzoek	71	52	55	103	218
* overig	7	3	6	8	31
- Behandelingsverrichtingen	86	82	65	120	134
* voorlichting en advies	29	40	22	14	29
* medisch-technisch	40	30	25	83	81
* vaccinaties	15	11	17	18	20
* overig	2	1	1	6	4
- Administratieve verrichtingen	88	83	79	116	91
* verwijskaarten + * formulieren					
'diagnostiek elders'	70	71	62	72	81
* overig	18	12	17	44	10
- Receptuur					
* nieuwe recepten	128	152	125	89	125
* herhaalrecepten	997	1066	1030	843	804

6.4.2 Behandelingsverrichtingen.

In 86 per 1000 contacten was sprake van een behandelingsverrichting door de assistente (tabel 3). De grootste groep werd gevormd door medisch-technische verrichtingen (tabel 4).

De gediplomeerde assistente registreerde 66 medisch-technische verrichtingen per 1000 contacten, tegenover de ongediplomeerde assistente 17 per 1000 contacten (tabel 4). De al dan niet beschikbaarheid van een eigen werkruimte liet dezelfde invloed zien (55 resp. 14). Assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra registreerden circa driemaal zo veel medisch-technische verrichtingen dan de assistentes in solo- en duopraktijken (tabel 5a).

6.4.3 Patiënt-gebonden verrichtingen

In 181 per 1000 contacten registreerde de assistente patiënt-gebonden verrichtingen. Worden de telefonische contacten buiten beschouwing gelaten, dan vinden patiënt-gebonden verrichtingen plaats in 250 per 1000 contacten. De gediplomeerde assistente registreerde ruim tweemaal zoveel patiënt-gebonden verrichtingen als de ongediplomeerde assistente. De aanwezigheid van een eigen werkruimte was van invloed met een factor 3. In groepspraktijken en gezondheidscentra werden 2 - 3 maal zoveel patiënt-gebonden verrichtingen geregistreerd als in solo- en duopraktijken.

6.4.4 Administratieve verrichtingen

In 88 per 1000 contacten was sprake van een administratieve verrichting door de assistente (tabel 3). De meest frequent uitgevoerde administratieve verrichting betrof het uitschrijven van verwijskaarten voor de medisch specialist.

De gediplomeerde assistente scoorde enigszins hoger (105 resp. 73), vanwege de geringere invloed van de herhaalreceptuur bij het berekenen van de relatieve getallen voor de gediplomeerde assistente. De aanwezigheid van een eigen werkruimte liet een zelfde invloed zien (103 resp. 63). Er bleken geen grote verschillen tussen de praktijkvormen te bestaan (tabel 5a).

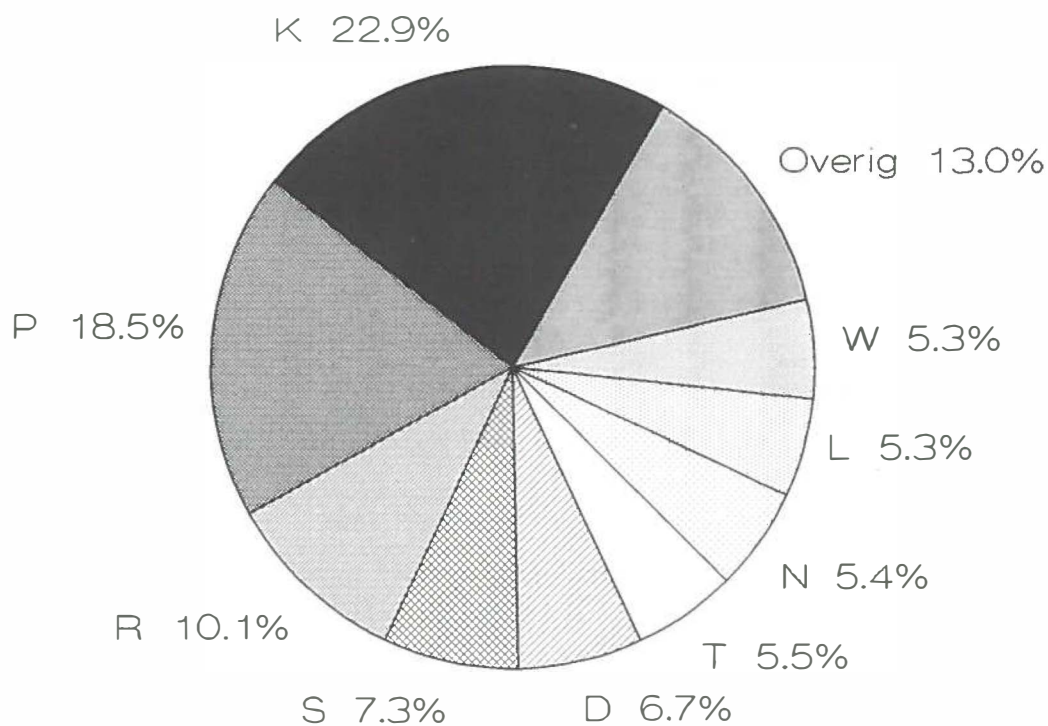
6.4.5 Herhaalreceptuur

Van alle herhaalreceptuur werd 60 procent door de assistente uitgeschreven. De overige herhaalreceptuur werd uitgeschreven door de huisarts. Van de contactredenen aangeboden aan de praktijkassistente ging het in 74 procent om het uitschrijven van herhaalreceptuur (figuur 1). Van de herhaalreceptuur werd 32 procent telefonisch aangeboden en afgehandeld. Per 1000 contactredenen, waarin herhaalreceptuur werd geregistreerd, werden gemiddeld 1437 medicijnen voorgeschreven.

Door assistenten zonder diploma, zonder eigen werkruimte en in solo-/duopraktijken werden meer herhaalrecepten uitgeschreven dan door assistenten met diploma, met een eigen werkruimte en in groepspraktijken en gezondheidscentra: De ongediplomeerde assistente heeft een verrichtingengetal van 1097 voor herhaalreceptuur; de gediplomeerde 890. De assistente zonder eigen werkruimte registreerde 1109 herhaalrecepten per 1000 contacten tegenover de assistente met een eigen werkruimte 935. En enerzijds vergelijkbare verrichtingengetallen voor solo- en duopraktijk en anderzijds vergelijkbare verrichtingengetallen voor groepspraktijk en gezondheidscentra (tabel 5a).

Diagnostische evenals behandelingsverrichtingen, alsook administratieve verrichtingen

Figuur 3 Herhaalreceptuur
Diagnosen naar ICPC hoofdstuk



ICPC hoofdstukken

vonden in 1 - 2 procent van de contacten in deze subgroep plaats.

De helft van alle herhaalreceptuur, door de assistente uitgeschreven, betrof aandoeningen van hart-/vaatstelsel, psyche en ademhalingsorganen (figuur 3).

Op diagnose niveau ging het hierbij in 10 procent van alle uitgeschreven herhaalreceptuur om ongecompliceerde hypertensie; in 7 procent om slaapstoornissen; in 6 procent om "angstige, nerveuze, gespannen, insufficiënte gevoelens"; in 5 procent om "anticonceptie/pil".

Tabel 5 (b). Overzicht van zelfstandige verrichtingen door de assistente m.b.t. de contacten zonder receptuur. Voor het totale aantal contacten en opgesplitst naar praktijkvorm. Per 1000 contacten.

Verrichting	Totaal (N = 103)	Solopraktijk (N = 49)	Duopraktijk (N = 36)	Groepspr. (N = 10)	Gezondhc. (N = 8)
- Diagnostische verrichtingen	410	301	365	447	843
* klin. diagnostiek	28	18	29	17	61
* bloedonderzoek	48	35	37	74	67
* urine onderzoek	301	230	263	324	620
* overig (ecg, audiogram)	33	18	37	32	95
- Behandelingsverrichtingen	366	375	326	379	358
* voorlichting en advies	123	190	105	50	81
* medisch-technisch	160	119	117	253	210
* vaccinaties	74	58	99	58	53
* overig	9	7	5	17	14
- Administr. verrichtingen	478	520	498	407	306
* verwijskaarten + * formulieren					
'diagnostiek elders'	397	454	408	297	272
* overig	81	66	90	110	35

6.4.6 Nieuwe recepten

In 10 procent van alle geregistreerde contactredenen werd door de assistente een nieuw medicijn voorgeschreven (figuur 1A). 54 Procent van de contactredenen, waarin nieuwe receptuur werd uitgeschreven, werden telefonisch aangeboden en afgehandeld. Per 1000 contacten, waarin één of meer nieuwe medicijnen werden geregistreerd, werden gemiddeld 1179 nieuwe medicijnen voorgeschreven (tabel 3).

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen gediplomeerde en ongediplomeerde assistenten met betrekking tot het voorschrijven van nieuwe medicatie.

De gediplomeerde assistente registreerde echter 215 diagnostische verrichtingen per 1000 contacten (waarin tenminste één nieuw recept werd voorgeschreven) tegenover de ongediplomeerde 148. Urine onderzoek met respectievelijke verrichtingengetallen van 194 en 132 verklaarde hier het belangrijkste verschil.

De assistente met een eigen werkruimte schreef 144 nieuwe recepten per 1000 contacten uit, tegenover de assistente zonder eigen werkruimte 104. Deze assistente (met eigen werkruimte) registreerde in 216 per 1000 contacten een diagnostische verrichting (zonder eigen werkruimte: 99).

De praktijkvorm was van soortgelijke invloed als met betrekking tot de herhaalreceptuur. Het verrichtingengetal voor diagnostisch urine onderzoek was in groepspraktijken en gezondheidscentra belangrijk hoger dan in solo- en duopraktijken (tabel 5a).

Behandelings- en administratieve verrichtingen vonden in minder dan 10 procent van deze contacten plaats (tabel 3).

De meest voorkomende klacht waarvoor een nieuw recept door de assistente werd voorgeschreven is 'hoesten' (tabel 6). Eén op de vijf nieuwe recepten betrof een medicijn voor 'hoesten'. Daarna volgen keelklachten/inf. bovenste luchtwegen; mictie bezwaren; hoofdpijn en 'wormpjes bij de ontlasting' in volgorde van afnemende frequentie.

6.4.7 Contactredenen zonder medicatie

In 16 procent van alle geregistreerde contactredenen werd geen medicatie voorgeschreven (figuur 1A). 21 Procent van de contactredenen, waarin geen receptuur werd uitgeschreven, werden telefonisch afgehandeld (tabel 2).

Uit tabel 3 blijkt dat in de contacten zonder medicatie vooral administratieve verrichtingen plaatsvonden. De (herhalings-) verwijskaarten medisch specialist vormden hierin de grootste groep. Vooral de ongediplomeerde assistente voerde administratieve verrichtingen uit (verr. getal 532; in tegenstelling tot de gediplomeerde: 431). De assistente zonder eigen werkruimte (verr. getal 535) registreerde meer administratieve verrichtingen dan haar collega met een eigen werkruimte (verr. getal 447). Administratieve verrichtingen vonden minder vaak plaats in gezondheidscentra (tabel 5b).

Tabel 6. Top 10 klachten waarvoor door de assistente een recept werd uitgeschreven. Met de relatieve frequenties per 1000 contacten.

	ICPC	Klacht	Contacten met minstens één nieuw recept
1.	R05	Hoesten	213
2.	R21, R74	Sympt/klachten keel, inf. bovenste luchtwegen	139
3.	U01, U02, U05.9, U07, U13, U35, U71	Dysurie; frequente, urgente mictie, cystitis klachten	106
4.	N01	Hoofdpijn	49
5.	D73	Oxyuren, ascaris	42
6.	A03	Koorts	38
7.	R07	Niezen, verstopte neus	32
8.	D11	Diarree	28
9.	R44	Imm/vacc. influenza	27
10.	R25	Abn. sputum, slijm	26

Kwantitatief de belangrijkste diagnostische verrichting was urine onderzoek, ter uitsluiting van een infect. Grote verschillen werden gevonden in deze subgroep van contactredenen tussen de diverse praktijkvormen (tabel 5b). In gezondheidscentra werd een verrichtingengetal van 843 voor diagnostische taken gevonden. Diagnostisch urine onderzoek vormde de grootste groep (verr. getal 620). De assistente met diploma (verr. getal 424) of met een eigen werkruimte (verr. getal 443) registreerde meer diagnostische verrichtingen dan de assistente zonder diploma (verr. getal 367) of zonder eigen werkruimte (verr. getal 272).

Behandelingsverrichtingen in deze subgroep van contactredenen betroffen voornamelijk medisch-technische verrichtingen (tabel 3). Geven van injecties was de grootste groep met een verrichtingengetal van 66.

De assistente met diploma (verr. getal 400) of met eigen werkruimte (verr. getal 396) registreerde meer behandelingsverrichtingen dan de assistente zonder diploma (verr. getal 290) of zonder eigen werkruimte (verr. getal 244). Ten aanzien van de behandelingsverrich-

tingen werden vergelijkbare verrichtingengetallen gevonden tussen de praktijkvormen. "Voorlichting en advies" vond vaker plaats in solo- en duopraktijken; medisch-technische verrichtingen vonden vaker plaats in groepspraktijk en gezondheidscentrum.

6.4.8 Delegatie-index

Uit tabel 7 blijkt dat de delegatie-index, gebaseerd op geregistreerd gedrag, een Pearson's correlatie coëfficiënt van .82 heeft met de delegatie-index, gebaseerd op gerapporteerd gedrag van de praktijkassistenten. Tabel 7 laat voorts de belangrijkste variabelen uit de contactregistratie zien, die een samenhang vertonen met de mate van taakdelegering aan de assistente.

Tabel 7. Samenhang van enkele variabelen op assistente-niveau met de mate van taakdelegering aan de praktijkassistente (Pearson-correlaties; $P < 0.01$). (N = 185).

Assistente variabele	Pearson' Correlatie Coëfficiënt
Diagnostische verrichtingen	.54
* Klinische diagnostiek	.44
* Bloed onderzoek	.46
* Urine onderzoek	.45
* Overige diagnostiek	.35
Behandelingsverrichtingen	.48
* Medisch-technische verrichtingen	.56
* Vaccinaties	.21
Administratie	
* Verwijskaarten medisch spec.	.29
Herhaalreceptuur (spec.)	-.23
Eerste contacten (N = 182)	.32
Delegatie-index o.b.v. doktersassistenten-enquête (N = 157)	.82

De volgorde van variabelen, zoals gepresenteerd in de overige tabellen, is zoveel mogelijk gehandhaafd. Naarmate een assistente hoger scoort op de delegatie-index en dus meer taken gedelegeerd krijgt, zal zij meer diagnostische taken verrichten. Dit blijkt te gelden voor alle in de registratie opgenomen diagnostische taken. Hetzelfde geldt voor de behandelingsverrichtingen, m.n. de medisch-technische taken en voor vaccinaties. Ook het uitschrijven van (herhalings-) verwijskaarten lijkt meer te worden overgelaten aan de assistente die hoger scoort op de delegatie-index. Een negatieve correlatie wordt gevonden met het uitschrijven van de herhaalreceptuur.

Tabel 8a. Samenhang van enkele variabelen op assistente-niveau met de mate van taakdelegering aan de praktijkassistente (Pearson-correlaties; $p = < 0.01$); (N = 157).

Assistente variabele	Pearson's Correlatie Coëfficiënt
Eigen werkruimte	.48
Gediplomeerd zijn van de praktijkassistente	.45
Praktijkvorm	.43
Schriftelijke arbeidsovereenkomst	.36
Werkweek in uren van de praktijkassistente	.21
Leeftijd van de assistente	-.21

Tabel 8b. Verklarende variabelen bij taakdelegering op assistente-niveau ('Stepwise' multipele regressie-analyse).

Verklarende variabele	Beta	T	Sign. T
Praktijkassistente-niveau ($R^2 = .453$)			
Eigen werkruimte	1.26	5.9	< .00005
Diplomerings van de praktijkassistente	.82	3.8	.0002
Praktijkvorm	.72	3.2	.0015
Schriftelijke arbeidsovereenkomst	.49	2.2	.0266

B : gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt
T : T-waarde van B

De belangrijkste factoren, die een samenhang vertonen met de mate van taakdelegering aan de assistente zijn: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, het gediplomeerd zijn van de assistente en de praktijkvorm waarin zij werkzaam is. Ook het hebben van een schriftelijke arbeidsovereenkomst lijkt samen te hangen met de mate van delegatie, evenals het aantal gewerkte uren door de assistente. Een negatieve correlatie bestaat met de leeftijd van de assistente (tabel 8a).

Bij stapsgewijze, multiële regressie analyse bleken vier variabelen een unieke, significante bijdrage te leveren; die samen 45,3 procent van de variantie in de index voor taakdelegering op assistente-niveau verklaren: de eigen werkruimte voor de assistente, het al dan niet gediplomeerd zijn van de assistente, de praktijkvorm waarin zij werkzaam is en het hebben van een schriftelijke arbeidsovereenkomst (tabel 8b).

6.5 Beschouwing

In de drie maanden registratie hebben de praktijkassistenten ruim 92000 zelfstandige contacten met patiënten geregistreerd. Dit betekende 23 procent van het totale aantal geregistreerde contacten door huisarts en assistente samen. Het aandeel van de assistente is echter groter, ongeveer één-derde van alle patiënt-huisartspraktijk contacten, aangezien in de Nationale Studie tijdens de 2e, 3e en 4e periode slechts (gedurende) de helft van (de tijd) de herhaalreceptuur is geregistreerd. Dat het gemiddelde aantal geregistreerde contacten per werkdag vrij laag ligt, wordt voor een deel hierdoor verklaard. Maar ook het gegeven dat de relatief grote groep van meewerkende partners gemiddeld minder dan de helft van het aantal contacten registreerde in vergelijking met de andere assistentes, speelt hierbij een rol. Dit geldt in sterkere mate nog voor de kleine groep stagiaires. Daarnaast is uiteraard van invloed de gemiddeld 0,8 full-time equivalent aanstelling die de assistente in een niet-apotheekhoudende normpraktijk heeft.¹⁰ In hoeverre onderregistratie een rol speelt is hierbij niet na te gaan. Naast alles wat geregistreerd werd, dient ook genoemd wat niet behoefde te worden geregistreerd. De verrichtingen die voortvloeiden uit een huisarts-patiënt contact behoeften in het kader van de Nationale Studie niet te worden geregistreerd door de assistente. De telefonische contacten voor het maken van een afspraak of het aanvragen van een visite behoeften niet te worden geregistreerd. Volgens Sietsma vormen deze twee redenen 70 procent van alle redenen om te bellen met de assistente.¹¹ Het 'opnemen van de telefoon' is waarschijnlijk de meest ondergewaardeerde functie van de doktersassistente. Niet alleen krijgt zij te maken met patiënten in paniek situaties, waarin gespreksvoeringstechnieken haar zeer te stade komen, ook bleek dat bijna éénderde van de geregistreerde contactredenen telefonisch werd aangeboden. Éénderde van de herhaalreceptuur en ruim de helft van de contactredenen waarvoor een nieuw medicijn werd voorgeschreven, werd telefonisch afgehandeld. De zelfstandige verrichtingen door de assistente nader beschouwend, dient opgemerkt, dat

de gepresenteerde verrichtingengetallen voor diagnostische en behandelingsverrichtingen derhalve belangrijk hoger zouden zijn uitgevallen, indien de telefonische contacten buiten beschouwing zouden zijn gelaten. Voor alle diagnostische verrichtingen en de meeste behandelingsverrichtingen is immers een vis-à-vis contact noodzakelijk. Om echter het 'totaal plaatje' zo veel mogelijk intact te laten, is hiervan afgezien.

De meest voorkomende verrichting van de doktersassistenten was het uitschrijven van een herhaalrecept. Bijna drie-kwart van alle contactredenen betrof een verzoek om herhaalreceptuur. Het ging bij de herhaalreceptuur m.n. om antihypertensieve medicijnen, slaapmiddelen en tranquilizers. Opmerkelijk genoeg werden hierbij vooral ongediplomeerde assistentes ingeschakeld, waarbij 4 van de 5 contactredenen, geregistreerd door de ongediplomeerde assistente een verzoek om herhaalreceptuur betrof. Ook schreef de ongediplomeerde assistente even vaak nieuwe medicatie voor als de gediplomeerde. In recent onderzoek gaf de helft van de praktijkassistenten aan 'protocollen' te hebben met de huisarts. Tevens, echter, werd gesteld dat het waarschijnlijk hierbij niet zo zeer ging om op schrift vastgelegde protocollen, dan wel (mondelinge) werkafspraken.¹² Zeker voor het voorschrijven van nieuwe medicatie verdient het aanbeveling te werken volgens op schrift vastgelegde protocollen. Een 'hoest'-protocol, zoals beschreven door Beek en Rutten¹³ kan hierbij een belangrijke rol spelen, daar één op de vijf nieuwe recepten medicatie voor hoesten betrof. In hoeverre de huisarts het door de assistente uitgeschreven herhaalrecept en het uitgeschreven nieuwe recept controleert, (alvorens het te ondertekenen ?) is niet onderzocht. De huisarts is hiertoe wel verplicht. In Groot-Brittannië wordt momenteel de mogelijkheden onderzocht de practice nurse de bevoegdheid te geven een aantal standaard-recepten uit te schrijven.¹⁴

In ruim 18 procent van de contacten werden patiënt-gebonden verrichtingen door de assistente geregistreerd. Worden de telefonische contacten buiten beschouwing gelaten, dan bleek in 1 op de 4 contacten sprake van een patiënt-gebonden verrichting. De mate van taakdelegering hangt ten nauwste samen met de patiënt-gebonden verrichtingen.

De gediplomeerde assistente registreerde ruim tweemaal zoveel patiënt-gebonden verrichtingen als de ongediplomeerde assistente. De aanwezigheid van een eigen werkruimte was van invloed met een factor 3. En in groepspraktijken en gezondheidscentra werden 2 - 3 maal zoveel patiënt-gebonden verrichtingen geregistreerd als in solo- en duopraktijken. Een beeld dat overeenkomt met eerder gepubliceerde resultaten.^{3,10,12}

De belangrijkste factoren die samenhangen met de mate van taakdelegering aan de assistente zijn dan ook: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, het gediplomeerd zijn van de assistente en de praktijkvorm waarin zij werkzaam is. Ook het hebben van een schriftelijke arbeidsovereenkomst lijkt samen te hangen met de mate van taakdelegatie.

Deze onderzoeksbevindingen worden gevalideerd door eerder gerapporteerde onderzoeksresultaten (en omgekeerd).

De overige gevonden bivariate samenhangen komen eveneens overeen met eerder gerapporteerde resultaten.³ Het percentage verklaarde variantie bij de regressie-analyse is

redelijk hoog.

Concluderend kan worden gezegd dat de assistente de van oudsher bekende taken nog steeds uitvoert. Daarnaast is inzicht verkregen in de mate waarin zij patiënt-gebonden taken verricht. Hierbij is een zekere trend duidelijk geworden. M.n. in samenwerkingsverbanden van huisartsen zijn gediplomeerde praktijkassistenten werkzaam, waar hun een schriftelijke arbeidsovereenkomst (en betaling volgens de richtlijnen van de KNMG) wordt geboden en zij de beschikking hebben over een eigen werkruimte.

6.6 Literatuur

1. Van Deen KJ. Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1952.
2. Ten Cate RS. De praktijkhulp van de huisarts [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1956.
3. Nijland A, Groenier K, Meyboom - De Jong B, De Haan J, Van der Velden J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistent. Huisarts Wet 1991; 34.
4. Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
5. Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
6. Van der Velden J, Schellevis F, Van der Steen J. ICPC. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst. Ten behoeve van de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1989.
7. Knottnerus JA, Volovic A. Correlatie en regressie. Huisarts Wet 1988; 31: 18 - 22.
8. Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Morbiditeit. Utrecht: Nivel, 1991.
9. Van Weel Chr, Van de Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. De continue morbiditeitsregistratie Nijmegen. Huisarts Wet 1986; 29: 373 - 7.
10. Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom - De Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de dokterassistent. Huisarts Wet 1990; 33: 9: 350 - 4, 363.
11. Sietsma E. De telefoon in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1987.
12. Nijland A, Tuntler - Vink CJHD, Meyboom - de Jong B, De Haan J. De doktersassistent. Een beroep in beweging. Med Cont 1990; 51/52: 1548 - 50.
13. Beek M, Rutten G. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II. [Dissertatie] Meppel: Krips Repro, 1989.
14. Warden J. Rise of the nurse practitioner. Br Med J 1988; 6634: 1478.

7. Wil de huisarts taken delegeren aan de praktijkassistente ?

A. Nijland
M. Pistor - Hendriks
K.H. Groenier
B. Meyboom - de Jong
J. de Haan

Nijland A, Pistor-Hendriks M, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, De Haan J.
Wil de huisarts taken delegeren aan de praktijkassistente ?
(Aangeboden aan Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg)

7.1 Samenvatting

In dit onderzoek is, door middel van een enquête onder 436 huisartsen, nagegaan hoe de nederlandse huisartsen denken over het delegeren van taken aan de praktijkassistente en wat de factoren zijn die het delegeren beïnvloeden. Het blijkt dat de nederlandse huisarts positief staat tegenover delegeren. Een gediplomeerde assistente, een eigen werkruimte voor de assistente en het werken in een groepspraktijk of gezondheidscentrum zijn factoren die er voor zorgen dat huisartsen veel (kunnen) delegeren. Daarnaast blijkt dat tijdgebrek van de assistente de meest belemmerende factor is voor het delegeren. Een reëlere onkostenvergoeding voor praktijk-assistentie zou meer dan de helft van de huisartsen er toe bewegen extra personeel aan te stellen en dat biedt de artsen de mogelijkheid meer te delegeren. Aan het delegeren van taken zou in de huisartsenopleiding meer aandacht kunnen worden besteed. Bovengenoemde factoren kunnen leiden tot een andere taakverdeling tussen arts en assistente, hetgeen een oplossing kan zijn om de toenemende werkdruk het hoofd te bieden.

7.2 Inleiding

Het ziet er naar uit dat de huisartsen het de komende jaren steeds drukker zullen krijgen en dat er meer van hen verwacht zal worden. Redenen daarvoor zijn onder meer: de toenemende vergrijzing, waardoor het aantal patiënten met chronische aandoeningen toeneemt; de thuiszorg; beleidsplannen betreffende implementatie van NHG-standaarden; automatisering van patiënten- en financiële administratie en (verplichte) nascholing. Bovendien hecht de overheid voor haar toekomstig beleid grote waarde aan preventie en vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten en kanker, iets wat voornamelijk op de schouders van de huisartsen neerkomt. Dit laatste past in het substitutie-beleid de specialistische geneeskunde terug te dringen door versteviging van de eerste lijn, om zo de gezondheidszorg doelmatiger en ook goedkoper te maken.

Om het bovenstaande te realiseren zal de huisarts de nodige aanpassingen in de praktijkvoering en organisatie moeten doorvoeren¹. Een mogelijkheid is (meer) delegeren aan de praktijkassistente². Volgens Bruins en Weisz zou de huisarts alle taken moeten delegeren, die even goed of beter door personen met een kortere opleiding kunnen worden gedaan². Taakuitbreiding van de praktijkassistente past goed in het door het NHG gepropageerde standaardenbeleid en het LHV basistakenpakket^{3,4}.

Er zijn zekere voorwaarden voor het delegeren aan de assistente: het moeten regelmatig voorkomende werkzaamheden zijn, de taken moeten in een protocol vastliggen (delegatie-modellen), de arts en de assistente moeten gemotiveerd zijn en de patiënt moet het accepteren.^{2,5,6} Er bestaat een grote acceptatie door patiënten als het gaat om eenvoudige medisch-technische ver-richtingen; voor diagnostische functies ligt dat lager.^{5,7,8,9} Voor de acceptatie door de patiënten is het van belang, dat de taken van de assistente geleidelijk

worden uitgebreid. Daarbij moeten de patiënten goed worden voorgelicht over de gang van zaken in de praktijk.^{2,5}

Op grond van de huidige beroepsopleiding van de praktijkassistente mag men verwachten dat zij een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren.¹⁰ Zij moet volgens het beroepsprofiel van de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA) onder meer een eigen spreekuur kunnen houden voor bij-voorbeeld patiënten met hypertensie, diabetes of ulcus cruris.¹¹ Tevens kan zij een belangrijke rol spelen bij de automatisering van de medische administratie en bij het verrichten van preventieve taken (bloeddruk controles, immunisaties, cervix uitstrijkjes, e.d.). De Haan beschrijft in zijn dissertatie hoe hij dat in de praktijk heeft gebracht.⁵ Uit het Nijmeegs Interventie Project blijkt dat opsporing, behandeling en controle van patiënten met hypertensie met behulp van de assistente uitvoerbaar zijn en dat de resultaten zelfs beter zijn dan wanneer deze taken aan de artsen zelf worden overgelaten.⁶ Van Veen komt in zijn artikel tot een soortgelijke conclusie.¹²

De mate waarin de huisarts taken delegeert aan de assistente hangt samen met bepaalde kenmerken van de huisarts, de praktijkvorm en de assistente. De arts delegeert meer als hij/zij in een samenwerkingsverband werkt, volgens een afspraakspreekuur werkt, de assistente gediplomeerd is en de assistente over een eigen werkruimte beschikt.¹³

Hoewel het delegeren niet direct van invloed lijkt te zijn op het totaal aantal werkuren van de huisarts, zijn er evenwel verschuivingen in de aard van de contacten, waarbij de huisarts tevens in staat blijkt meer tijd te besteden aan de patiënten op het (afpraak-)spreekuur.¹³

Uit onlangs gehouden enquêtes onder praktijkassistenten blijkt dat veel assistentes meer willen doen, vooral op het gebied van medisch-technische verrichtingen (wratten aanstippen, oren uitspuiten, gehoortest afnemen, uitstrijkjes maken, e.d.) en computer werkzaamheden.^{14,15} Als reden waarom bepaalde werkzaamheden niet verricht werden, gaf men aan: tijdgebrek (48%), gebrek aan eigen werkruimte (21%) en de huisarts wil het niet (16%).

Als de huisarts meer taken wil delegeren zal er (meer) assistentie nodig zijn. Tijdgebrek is volgens de assistentes de meest belemmerende factor om meer te kunnen doen. Anderzijds kan er in veel praktijken efficiënter gebruik gemaakt worden van de reeds aanwezige assistentie.⁶

In Groot-Brittannië krijgt de huisarts 70 procent van de kosten voor hulppersoneel (tot max. 2 full-time equivalenten) vergoed. Hierdoor en doordat het grootste deel van de huisartsen in een groepspraktijk werkt, heeft meer dan 90 procent van de huisartsen hulppersoneel in dienst.¹⁶ In Nederland is momenteel de praktijkassistentie in een aantal gevallen nog de sluitpost op de begroting van de huisartspraktijk. Het is aannemelijk dat hier verandering in zou komen als een meer reële vergoeding voor assistentie gegeven wordt.^{14,15} In veel huisarts-praktijken is echter nog een ongediplomeerde assistente werkzaam. Om systematisch delegeren van taken aan de assistente te bevorderen, wordt dan ook aanbevolen om voor een gediplomeerde assistente een hogere onkosten-vergoeding vast te stellen dan voor een ongediplomeerde.¹⁵

Een stimuleringsbeleid, gericht op de factoren die de mate van taakdelegatie bepalen, zou kunnen betekenen dat er een betere taakverdeling tussen huisarts en assistente bereikt wordt. Dit kan een antwoord zijn op de hogere eisen die aan de huisarts gesteld (gaan) worden zonder dat praktijk-verkleining noodzakelijk wordt. Tevens zou het hierdoor kunnen komen tot een substantiële versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland en de positie van de huisarts hierin.

Als voorlopige afsluiting van het onderzoek "Verrichtingen door de doktersassistente" wordt in dit artikel nagegaan welke opvattingen nederlandse huisartsen hebben ten aanzien van het delegeren van taken aan de praktijkassistente.

7.3 Methoden

November 1990 is er aan 562 huisartsen een schriftelijke enquête toegestuurd. Na drie weken werd aan de huisartsen die nog niet gereageerd hadden, een herinnering gestuurd. Het gaat om twee groepen huisartsen: één groep (167 huisartsen) had al eerder aan een onderzoek meegedaan in het kader van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'¹⁷. De andere groep (395 huisartsen) werd speciaal voor dit onderzoek benaderd en is een aselechte steekproef (N=400) uit de huisartsen in Nederland, waaruit de genen die aan de Nationale Studie hadden meegedaan (N=5) in verband met doublures werden verwijderd. In de enquête werd gevraagd naar:

Persoonlijke kenmerken :

Leeftijd, geslacht, jaar van afstuderen, het gevolgd hebben van de beroepsopleiding voor huisarts, in welk jaar deze werd afgerond, het jaar van vestiging als huisarts en het aantal dagdelen dat men per week werkt.

Werkomstandigheden :

De praktijkvorm, het apotheekhoudend zijn van de praktijk, het aantal collegae binnen de praktijk en het werken volgens een afsprakspreekuur.

Praktijkuitrusting :

Het aantal instrumenten en testmateriaal dat de arts ter beschikking heeft in zijn praktijk: Er werden acht veel gebruikte instrumenten genoemd en de arts kon aangeven welke hij in zijn praktijk heeft.

Assistentie in de praktijk :

De aanwezigheid van assistentie, het gediplomeerd zijn van deze assistente als 'doktersassistente' en of zij over een eigen werkruimte beschikt. Het al dan niet voldoende zijn van 0,8 fte assistente voor een niet-apotheekhoudende praktijk (zie hoofdstuk 3), gemiddelde

aanwezige assistentie in de praktijk en of de arts, indien er een hogere vergoeding voor de assistente zou komen, meer assistentie zou nemen.

Delegeren :

- De mate waarin een zevental z.g.n. 'medisch-technische' verrichtingen (hechtingen verwijderen, oren uitspuiten, venapunctie verrichten, wratten aanstippen, hypertensie controle, urinesediment beoordelen en cervix uitstrijkje maken) volgens de huisarts door de assistente regelmatig wordt gedaan (tabel 4). Uit eerder onderzoek¹³ is gebleken dat met vijf van deze verrichtingen een index geconstrueerd kan worden, waarmee de mate van delegeren aan de assistente betrouwbaar gemeten kan worden. Deze zgn. delegatie-index is opgebouwd uit de scores op de genoemde verrichtingen uitgezonderd 'het beoordelen van urinesediment' en 'het maken van een cervixuitstrijkje'.
- De mate waarin de huisartsen van mening zijn dat de hierboven genoemde 'medisch-technische' verrichtingen zelfstandig door een gediplomeerde assistente kunnen worden verricht. Op een vijf-puntsschaal variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens' kon de huisarts zijn oordeel geven. De scores op de vijf items, die tot de delegatie-index behoren, zijn gesommeerd tot een totaalscore waarmee het 'oordeel over zelfstandig verrichten' door de assistente is bepaald.
- De mate waarin de huisartsen de hierboven genoemde 'medisch-technische' verrichtingen optimaal aan de praktijkassistente zouden delegeren, wanneer de factoren die in hun praktijk het delegeren belemmeren worden weggelaten. Ook hier werden de scores op de vijf 'medisch-technische' vaardigheden uit de delegatie-index gesommeerd tot een totaalscore die het 'oordeel over delegeren zonder belemmeringen' vormt.
- De mate waarin een zestal factoren (ruimte gebrek, tijdgebrek, deskundigheid van de assistente, de taakopvatting van de huisarts en zijn collegae en acceptatie door patiënten) (tabel 5) volgens de huisarts belemmerend zijn in zijn/haar praktijksituatie voor het delegeren aan de assistente. D.m.v. een vijf-puntsschaal, variërend van 'totaal niet belemmerend' tot 'erg belemmerend', kon de respondent aangeven wat in zijn/haar situatie het delegeren bemoeilijkt. Door de scores op de verschillende items op te tellen is een schaalscore 'oordeel over belemmeringen' geconstrueerd.
- De mening van de huisarts t.a.v. een aantal stellingen waarin positieve en negatieve aspecten van het delegeren werden geschetst. D.m.v. een vijf-puntsschaal, variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens' kon de respondent aangeven in hoeverre hij/zij zich kon vinden in een bepaalde stelling. De betreffende stellingen staan vermeld in tabel 8. De 'attitude ten aanzien van delegeren' werd gemeten, door somscores te berekenen.
- Om op eenvoudige wijze meer inzicht te krijgen in het delegeren van de huisartsen aan de praktijkassistente zijn er twee groepen huisartsen gevormd: de 'veel delegerende huisarts' en de 'weinig delegerende huisarts'. Hiertoe is op basis van de frequentie verdeling van de delegatie-index gedichotomiseerd. De huisartsen die haar drie of meer (van de vijf) verrichtingen laten doen (33 procent), vormen de eerstgenoemde groep; de anderen (67

procent) de laatstgenoemde groep.

- Om duidelijker zicht te krijgen op de wijze waarop de bovengenoemde variabelen de mate waarin de huisarts taken aan de praktijkassistente delegeert bepalen, is een stapsgewijze multiële regressie uitgevoerd met de delegatie-index als afhankelijke variabele.

- Ook voor de attitude van de huisartsen met betrekking tot het delegeren van taken aan de praktijkassistente is met behulp van stapsgewijze multiële regressie nagegaan op welke wijze deze attitude samenhangt met de andere oordelen, de score op de delegatie-index en kenmerken van de huisarts, de praktijk en praktijkassistente.

De volledig ingevulde enquêtes zijn geanalyseerd met behulp van het computerprogramma SPSS. Significante verschillen zijn berekend door middel van de chi-kwadraat test en de T-toets ($\alpha = 0.05$). Om na te gaan in hoeverre de diverse geconstrueerde schalen en de delegatie-index bruikbaar zijn als meetinstrument is met behulp van item-analyse nagegaan wat de betrouwbaarheid van de diverse schalen en index is. De onderlinge samenhang tussen kenmerken van de huisarts, kenmerken van de praktijksituatie en de oordelen van de huisarts werd met behulp van multiële regressie analyse bestudeerd.

7.4 Resultaten

Na één herinnering reageerden 436 van de 562 aangeschreven huisartsen. Uit de 'Nationale Studie' groep 139 (83 procent van alle Nationale Studie huisartsen) en 297 (75 procent) uit de andere groep. Er bleken, op de praktijkvorm na, geen significante verschillen te zijn tussen beide groepen respondenten wat betreft hun achtergrondgegevens en hun 'attitude ten aanzien van delegeren' aan de assistente. De analyses zijn dan ook uitgevoerd als ware het één groep respondenten.

De gemiddelde leeftijd van de huisartsen is 44 jaar. Bijna 90 procent van de respondenten zijn mannen. Gemiddeld zijn de artsen 18 jaar afgestudeerd en ongeveer 14 jaar gevestigd als huisarts. Van de respondenten heeft iets meer dan de helft de beroepsopleiding tot huisarts gevolgd; gemiddeld hebben ze deze 10 jaar geleden afgerond. 80 Procent van de artsen werkt full-time.

De verdeling over de verschillende praktijkvormen is weergegeven in figuur 1. Het blijkt dat meer dan driekwart van de huisartsen in een solo, resp. duo-praktijk werkzaam is. 17 Procent is apotheekhoudend. Gemiddeld werken er 2,1 huisartsen in één praktijk, samen goed voor 1,8 fte.

1 Procent van alle huisartsen werkt zonder afspraakspreekuur, 63 procent werkt volledig volgens een afspraakspreekuur en de overigen ten dele.

Gemiddeld heeft een huisarts vijf van de acht genoemde instrumenten in zijn praktijk. De 'veel delegerende huisarts' heeft gemiddeld 5,7 instrumenten, tegenover de 'weinig delegerende huisarts' 4,9 ($P < 0.00005$). Tabel 1 geeft weer om welke instrumenten het gaat en hoeveel en welke artsen een bepaald instrument tot hun beschikking hebben.

Tabel 1: De aanwezigheid van instrumenten in de huisartspraktijk. Voor alle huisartsen en opgesplitst naar de subgroepen met betrekking tot taakdelegatie. Percentages.

Instrumenten	Alle huisartsen	'Veel delegerende' huisartsen	'Weinig delegerende' huisartsen
audiometer	46	60	39
electrocardiograaf	38	53	30
hb-meter	91	94	90
peak-flow meter	89	92	88
proctoscoop	46	51	43
microscoop	98	99	98
doppler	28	30	27
kogeltang voor IUD	83	92	79

Het blijkt dat 99 procent van de artsen iemand in de praktijk heeft om hem te helpen: in 7 procent is dat alleen zijn echtgenote; in 86 procent is er een praktijkassistente, eventueel gecombineerd met een echtgenote of apothekersassistente. In de overige gevallen is er alleen een apothekersassistente.

Tweederde van de praktijkassistenten is gediplomeerd als 'doktersassistente'.

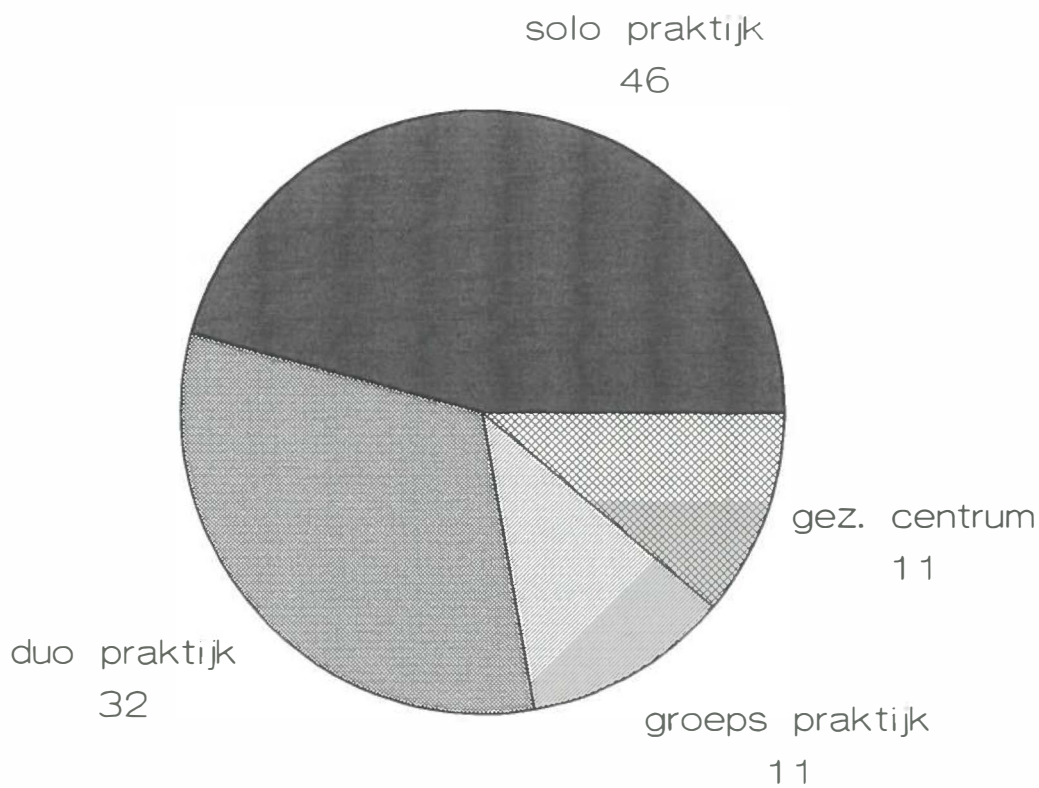
In bijna driekwart van de praktijken heeft de praktijkassistente een eigen werkruimte waarin zij patiënten kan behandelen tijdens het spreekuur van de huisarts.

Gemiddeld hebben de artsen 1,3 FTE assistente in hun praktijk, in een niet-apotheekhoudende solopraktijk heeft de arts gemiddeld 0,9 FTE assistente tot zijn beschikking. Bijna 65 procent van de artsen vindt, idealiter gezien, 0,8 FTE assistente (zie hoofdstuk 3) onvoldoende voor een niet-apotheekhoudende praktijk; 1 procent vindt het te veel en de overigen vinden het voldoende. Op de vraag of de huisartsen meer personeel zouden aannemen bij een volledige vergoeding van respectievelijk één of anderhalf fte assistente zei de helft van de artsen inderdaad meer assistentie te nemen. Bij een vergoeding van 70 procent van de kosten voor een assistente tot een maximum van twee fte per huisarts, zou ruim 60 procent meer assistentie nemen (tabel 2).

De resultaten van de item-analyse staan vermeld in tabel 3. De betrouwbaarheid van het 'oordeel over belemmeringen' en het 'oordeel over delegeren zonder belemmeringen' is aan de lage kant.

Meer dan 80 procent van de artsen zegt positief te staan tegenover het systematisch delegeren van taken aan de assistente, 6 procent staat er negatief tegenover en de overigen hebben er geen mening over.

Figuur 1. Verdeling van huisartsen
over praktijkvorm (in procenten)



Tabel 2: **Overzicht van mogelijkheden voor onkostenvergoeding voor de praktijkassistente en percentages huisartsen die bij desbetreffende regeling meer assistentie zouden nemen.**

Regeling voor onkosten vergoeding	Percentage
volledige vergoeding voor één assistente	50
volledige vergoeding voor maximaal 1,5 fte assistente per fte huisarts	57
vergoeding van 70% van de kosten tot maximaal 2 fte assistente per fte huisarts	61

Tabel 3. Resultaten van de item-analyses.

	Schaal	Coëfficiënt Alpha
1.	Delegatie-index	.73
2.	Oordeel over het zelfstandig kunnen doen van verrichtingen	.76
3.	Oordeel over delegeren zonder belemmeringen	.58
4.	Oordeel over belemmeringen	.57
5.	Houding ten aanzien van delegeren in het algemeen	.79

Uit tabel 4 blijkt dat het delegeren van een taak aan de assistente afhankelijk is van de soort verrichting: 76 procent van de assistentes beoordeelt regelmatig een urinesediment, terwijl maar 3 procent regelmatig een uitstrijkje maakt. Gemiddeld worden twee à drie van de 7 genoemde verrichtingen regelmatig aan de assistente gedelegeerd (gemiddelde: 2.5, mediaan: 2).

Tijdgebrek van de assistente blijkt de meest belemmerende factor te zijn om te kunnen delegeren; de helft van de huisartsen geeft dit aan (tabel 5). De artsen die in een apotheekhoudende praktijk werken geven nog vaker aan dat tijdgebrek belemmerend is voor het delegeren. Daarnaast noemt één derde van alle artsen het feit dat ze bepaalde werkzaamheden liever zelf doen, een belemmerende factor om te delegeren.

Tabel 4: Overzicht van de medisch-technische verrichtingen en de percentages artsen, die deze verrichtingen aan de assistentes (zouden willen) delegeren, onder verschillende voorwaarden.

Verrichtingen	Momenteel*	Zelfstandig**	Optimaal***
urinesediment beoordelen	76	92	93
hechtingen verwijderen	47	90	93
oren uitspuiten	37	82	82
venapunctie verrichten	38	77	71
wratten aanstippen met vloeibare stikstof	32	72	77
hypertensie controles	24	66	65
cervixuitstrijkjes maken	3	31	32

* : Dit is wat de assistente momenteel regelmatig mag doen.

** : Dit is wat de huisartsen vinden dat een gediplomeerde assistente zelfstandig mag doen. Bij deze vraag werden bovenstaande verrichtingen genoemd en de respondent kon aangeven in hoeverre hij vindt dat een gediplomeerde assistente dat mag doen. (Er van uitgaande dat zij de hulp van de huisarts kan inroepen indien noodzakelijk) Deze vraag moest beantwoord worden dmv een vijf-puntsschaal; variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal oneens'. De bovenstaande percentages zijn verkregen door de antwoorden 'helemaal mee eens' en 'grotendeels mee eens' bij elkaar op te tellen.

*** : Dit is wat de huisartsen optimaal zouden delegeren indien de factoren, die in hun praktijk het delegeren belemmeren, worden weggenomen (dus onvoldoende praktijkruimte, onvoldoende assistentie e.d.).

De 'veel-delegerende huisarts' blijkt enigszins jonger te zijn dan de andere artsen (42,9 versus 44,3 jaar; $P=0.10$), maar heeft niet vaker de beroeps-opleiding voor huisarts gevolgd (59 versus 52 procent; $P=0.20$). De 'veel delegerende huisarts' is gemiddeld 16 jaar geleden afgestudeerd, tegenover de 'weinig delegerende huisarts' 18 jaar ($P=0.11$). Hij/zij is gemiddeld 11 jaar werkzaam in de huidige praktijk, tegenover de 'weinig delegerende huisarts' 13 jaar ($P=0.05$) en werkt gemiddeld 9,1 dagdelen tegenover 9,5 dagdelen voor de 'weinig delegerende huisarts' ($P=0.005$). Dit hangt samen met de part-time werkende huisartsen. 20 Procent van de huisartsen werkt part-time en de helft van hen

behoort tot de categorie van 'veel delegerende huisartsen'. Van de part-timers die veel delegeren werkt 44 procent in een gezondheidscentrum. Van de part-timers die weinig delegeren werkt 91 procent in een solo- of duopraktijk. Van de huisartsen die part-time werken staat 94 procent positief tegenover delegeren aan de assistente, van de full-time werkende artsen is dat 81 procent. De huisartsen die part-time werken delegeren momenteel meer dan hun full-time werkende collegae (2,4 versus 1,5 van de genoemde vijf verrichtingen; $P < 0.00005$). Evenzo zouden zij, indien alle belemmerende factoren worden weggenomen, ook meer delegeren dan de full-time werkende huisartsen (4,2 versus 3,7 verrichtingen; $P = 0.006$).

Tabel 5: Frequentieverdeling van factoren, die volgens de huisartsen, in hun praktijksituatie, belemmerend zijn voor het delegeren aan de praktijkassistente. Percentages.

Factoren	Totaal niet	Heel erg
gebrek aan ruimte	41	18	11	13	18
tijdgebrek assistente	16	18	17	25	25
deskundigheid assistente	23	27	22	17	11
taakopvatting van uzelf/ u doet het liever zelf	19	24	26	20	12
taakopvatting collega(e)	50	21	19	7	3
uw patiënten accepteren het niet	17	24	40	14	5

Naast bovengenoemde mogelijkheden konden de respondenten ook aangeven of er in hun praktijksituatie nog iets anders is dat het delegeren van taken aan de assistente belemmert. Ongeveer 20% van de huisartsen vulde hier wat in; in veel gevallen komt het er op neer dat de arts in een apotheekhoudende praktijk werkt en de assistente(s) een apothekersassistente is, die in de eerste plaats niet is op geleid voor de genoemde verrichtingen en in de tweede plaats naast 'het apothekerswerk' geen tijd heeft voor andere taken.

De verdeling van alle huisartsen naar praktijkvorm is weergegeven in tabel 6. De 'veel delegerende huisarts' is relatief vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum werkzaam. De huisartsen in een apotheekhoudende praktijk behoren minder vaak tot de categorie 'veel delegerende huisarts' dan de andere huisartsen (6 versus 23 procent).

In de drie noordelijke provincies (Groningen, Friesland en Drenthe) behoort driekwart van de artsen tot de 'weinig delegerende' groep en éénkwart tot de 'veel delegerende' groep.

Tabel 6: Frequentieverdeling van de zgn. 'veel-' en 'weinig delegerende huisarts' over de verschillende praktijkvormen. Ter vergelijking de zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm per 1 januari 1988.¹⁸ Percentages.

Praktijkvorm	Landelijk	'Veel delegerende huisarts'	'Weinig delegerende huisarts'
solopraktijk	55	29	56
duopraktijk	31	28	34
groepspraktijk	7	20	6
gezondheidscentrum	8	34	5

In de andere provincies varieert de proportie 'veel delegerende huisartsen' tussen 32 en 43 procent.

De 'veel delegerende huisarts' werkt vaker samen met een gediplomeerde assistente (89 versus 54 procent; $P < 0.00005$) en zijn assistente beschikt vaker over een eigen werkruimte (92 versus 62 procent; $P < 0.00005$).

De gediplomeerde assistente krijgt gemiddeld 2,3 (van de 5) verrichtingen gedelegeerd; de ongediplomeerde 0,9 ($P < 0.00005$). Huisartsen die een ongediplomeerde assistente in dienst hebben geven vaker aan dat de deskundigheid van de assistente belemmerend is voor het delegeren aan haar, dan huisartsen met een gediplomeerde assistente (44% versus 19%). Bijna driekwart van de artsen vindt dat de onkostenvergoeding voor een gediplomeerde assistente hoger moet zijn dan voor een ongediplomeerde assistente.

Als de huisartsen moeten aangeven welke, van de eerder genoemde, verrichtingen zij een gediplomeerde praktijkassistente zelfstandig zouden laten doen, dan blijken dat er aanzienlijk meer te zijn dan de assistentes nu gedelegeerd krijgen (tabel 4).

Als de huisartsen gevraagd wordt welke taken zij optimaal zouden delegeren indien alle belemmerende factoren (zoals onvoldoende werkruimte, onvoldoende assistentie, etc.) uit hun praktijk zouden worden weggehaald, dan is dat ook veel meer dan dat de assistentes nu mogen (tabel 4). Slechts 4 procent van de artsen zou ook dan nog geen van de vijf verrichtingen aan haar delegeren; nu is dat 35 procent.

De resultaten van de multiële regressie analyse staan in tabel 7. Naast de beta-coëfficiënten, die de mate waarin de betreffende variabele, in samenhang met de overige variabelen, de delegatie-index bepaalt en hun p-waarde is in de tabel ook de gewone Pearson correlatie coëfficiënt van de onafhankelijke variabelen met de delegatie-index vermeld. De 'attitude ten aanzien van delegeren', die niet vermeld staat in tabel 7, levert in het algemeen

geen bijdrage aan de indexscore. De overige schaalscores doen dat wel. Van de overige variabelen zijn vooral de diplomering van de praktijkassistente, de praktijkvorm en het beschikken over een eigen werkruimte van belang. De negen variabelen verklaren overigens 56 procent van de variantie. Laat men de schaalscores, die het oordeel van de huisarts weergeven, weg uit de analyse dan daalt de multiële correlatie coëfficiënt van 0.74 tot 0.60. Dit betekent dat de opvattingen van huisartsen 19 procent tot de variantie bijdragen.

Tabel 7. Resultaten van de stapsgewijze multiële regressie met de delegatie-index als afhankelijke variabele. $P < 0.0005$.

Onafhankelijke variabelen	Pearson corr.	Beta coëf.
Diplomering	.44	.21
Praktijkvorm	.40	.14
Eigen werkruimte	.35	.13
Aantal FTE's assistentie	.35	.09
Apotheekhoudend	-.25	-.06
Aantal dagdelen dat de huisarts werkt ($P = 0.001$)	-.15	.04
Oordeel over zelfstandig verrichten	.56	.23
Oordeel over belemmeringen	-.46	-.19
Oordeel over delegeren zonder belemmeringen	.52	.15
Multiële correlatie coëfficiënt: .75; $R^2 = .566$		

Uit de frequentieverdeling van de antwoorden die de huisartsen gegeven hebben op de stellingen die bepaalde aspecten van delegeren belichten, blijkt, dat vrijwel alle huisartsen vinden dat de voldoening in het werk bij de assistente toeneemt door het delegeren (tabel 8). De helft van de huisartsen denkt dat ook de voldoening van de arts zelf zal toenemen door meer te delegeren. Met de stelling, dat door delegeren een betere taakverdeling tussen de arts en de assistente wordt bereikt, is driekwart van de artsen het eens.

Tabel 8. Frequentieverdeling van de mening van de huisartsen over bepaalde aspecten van het delegeren.

Aspecten van het delegeren aan de praktijkassistente	helemaal mee eens	grotendeels mee eens	deels eens deels oneens	grotendeels mee oneens	helemaal oneens
Het doet de work-load van de huisarts afnemen	36	42	16	5	1
het bespaart de arts tijd	39	41	16	3	1
het bedreigt de onafhankelijkheid van de arts	0	4	11	35	49
de patiënt wil het niet	2	11	42	35	10
het kost de arts veel tijd (vanwege het gebrek aan kennis en opleiding van de assistente)	1	9	25	46	19
de voldoening in het werk bij de arts neemt toe	17	38	29	14	3
de voldoening in het werk bij de assistente neemt toe	38	53	7	1	1
het leidt ertoe dat de assistente vaak de huisarts nodig heeft om haar te controleren	1	13	32	45	10
het bedreigt de arts-patiënt relatie	2	7	22	42	27
het bedreigt de status van de huisarts	2	3	9	35	51
door delegatie wordt een betere verdeling van taken bereikt tussen huisarts en assistente	36	38	19	5	3

De resultaten van multiële regressie analyse met de 'attitude ten aanzien van delegeren' als afhankelijke variabele staan in tabel 9. Opmerkelijk is dat uitsluitend de oordelen van de huisarts over het zelfstandig doen van verrichtingen door de assistente, zijn oordeel over belemmeringen en zijn oordeel over delegeren, wanneer belemmeringen afwezig

zijn, van invloed zijn op de 'attitude ten aanzien van delegeren'. De mate waarin feitelijk gedelegeerd wordt, speelt geen rol (De delegatie-index is afwezig in tabel 9).

Tabel 9. Resultaten van de stapsgewijze multipele regressie met de 'attitude ten aanzien van delegeren' als afhankelijke variabele.

Onafhankelijke variabelen	Pearson corr.	Beta coëf.	P-waarde
Oordeel over delegeren zonder belemmeringen	.51	.30	<0.0005
Oordeel over belemmeringen	-.45	-.29	<0.0005
Oordeel over zelfstandig verrichten	.49	.16	0.0095

Multipele correlatie coëfficiënt: .60

7.4.1 Vrouwelijke huisartsen

11,5 Procent van de responderende huisartsen zijn vrouwelijke huisartsen. Zij is met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar, bijna 7 jaar jonger dan haar mannelijke collega ($P < 0.00005$). 86 Procent heeft de beroepsopleiding gedaan, tegenover 50 procent van de mannelijke huisartsen ($P < 0.00005$) en deze werd gemiddeld 8 jaar geleden afgerond (mannelijke huisarts gemiddeld 10 jaar geleden; $P = 0.02$). Zij heeft zich 8 jaar geleden als huisarts gevestigd en zit sinds 7 jaar in de huidige praktijk (tegenover 13 jaar bij de mannelijke huisarts; $P < 0.00005$). 70 Procent werkt part-time, tegenover 14 procent van de mannelijke huisartsen ($P < 0.00005$) en de vrouwelijke huisarts werkt gemiddeld 7,6 dagdelen (mannelijke huisarts: 9,6).

Ruim de helft van hen (54 procent) is werkzaam in een duopraktijk; 26 procent in een gezondheidscentrum; 16 procent in een solopraktijk en 4 procent in een groepspraktijk. Evenals de mannelijke huisarts werkt zij in 62 procent van de gevallen samen met een gediplomeerde assistente en heeft in 76 procent van de gevallen een eigen werkruimte voor de assistente ter beschikking.

Zij delegeert meer verrichtingen aan de assistente dan haar mannelijke collega (2,1 tegenover 1,6 verrichtingen; $P = 0.05$). 90 Procent van hen staat positief tegenover het delegeren van taken aan de assistente, tegenover 80 procent van de mannelijke huisartsen ($P = 0.09$). Zouden de factoren die taakdelegatie belemmeren worden weggehaald, dan zou

zij meer taken delegeren dan haar mannelijke collega: 4,2 versus 3,8 verrichtingen ($P=0.045$).

42 Procent van de vrouwelijke huisartsen behoort tot de categorie 'veel delegerende huisarts'. Deze 'veel delegerende, vrouwelijke huisarts' verschilt niet qua leeftijd, jaar van afstuderen, jaar van vestiging, aantal jaren in de huidige praktijk of aantal gewerkte dagdelen van de 'weinig delegerende, vrouwelijke huisarts'. Ook heeft zij niet vaker de beroepsopleiding gevolgd. Bijna de helft van de 'veel delegerende, vrouwelijke huisartsen' werkt in een gezondheidscentrum; terwijl van de 'weinig delegerende, vrouwelijke huisartsen' 86 procent in een solo- of duopraktijk werkzaam is. De 'veel delegerende, vrouwelijke huisarts' werkt significant vaker met een gediplomeerde assistente en heeft significant vaker een eigen werkruimte voor de assistente ter beschikking, dan haar weinig delegerende, vrouwelijke collega. Zij delegeert gemiddeld 4 (van de 5) verrichtingen, tegenover 0,8 verrichtingen door de weinig delegerende, vrouwelijke collega.

Full-time werkende, vrouwelijke huisartsen delegeren evenveel als part-time werkende, vrouwelijke huisartsen.

7.5 Beschouwing

Uit deze enquête blijkt duidelijk dat de nederlandse huisarts bereid is tot delegeren van taken aan de praktijkassistente. Maar liefst 83 procent van de artsen zegt positief te staan tegenover delegeren. Als er gevraagd wordt naar wat men zou delegeren aan de assistente, indien er geen belemmerende factoren meer zouden zijn, dan blijkt dat veel te zijn. Gemiddeld zou een assistente dan 5 van de 7 handelingen mogen verrichten, dat is dus twee keer zoveel als wat ze nu mag.

De huisartsen willen blijkbaar wel (meer) delegeren, maar in de dagelijkse praktijk zijn er factoren die dat belemmeren. De meest belemmerende factor blijkt tijdgebrek van de assistente te zijn. In andere enquêtes gaven assistentes dit zelf ook al aan^{14,15}.

Om dit te veranderen moet er per huisarts meer assistentie komen. Dat de artsen daar precies zo over denken blijkt wel; meer dan de helft van hen zou meer assistentie nemen bij een reëlere vergoeding. Indien in Nederland eenzelfde onkostenregeling voor personeel getroffen zou worden als in Engeland, zou zelfs 70 procent van de huisartsen, die 'tijdgebrek van de assistente' als belemmerende factor noemen, extra assistentie nemen.

Naast het tijdgebrek van de assistente zijn er nog andere factoren aan te wijzen die de mate van delegeren door de huisarts beïnvloeden: een aparte werkruimte voor de assistente en het gediplomeerd zijn als 'doktersassistente'. Dit is een bevestiging van wat Nijland et. al. in eerdere onderzoeken vonden¹³. Dat geldt ook voor de relatie tussen delegeren en de praktijkvorm waarin de huisarts werkzaam is: de artsen die in een solo- of duopraktijk werken delegeren aanzienlijk minder dan hun collegae in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in de solo- en duopraktijk ten hoogste één

assistente aanwezig is. Zij zal continu beschikbaar moeten zijn voor het beantwoorden van de telefoon en het te woord staan van de patiënten. Daardoor is het moeilijk voor haar om verrichtingen tussen door te doen die wat meer tijd en/of aandacht vergen. In de andere praktijkvormen zullen vaak meerdere assistentes gelijktijdig aanwezig zijn, zodat als de één met het 'baliewerk' bezig is, de ander de handen vrij heeft voor bijvoorbeeld de genoemde verrichtingen. Als echter voor de artsen die in een solo- of duopraktijk werken de voor hun belemmerende factoren worden weggenomen, blijkt dat zij toch minder willen delegeren dan de artsen in een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

Daarnaast blijkt dat zij minder vertrouwen hebben in een gediplomeerde assistente; zij mag van hen minder doen dan van de artsen in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Wat betreft hun opvattingen over delegeren is er echter geen verschil tussen de artsen in de verschillende praktijkvormen. Mogelijk ligt de verklaring hiervoor in een verschil in persoonlijkheid: een arts die in een groepspraktijk of gezondheidscentrum gaat werken zal iemand zijn die wil samenwerken en overleggen met anderen. Terwijl iemand die individualistisch is ingesteld eerder voor een solopraktijk zal kiezen.

Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de artsen, die in een breder samenwerkingsverband werken, meer gewend zijn aan overleg en zaken uit handen geven. Deze relatie, tussen de praktijkvorm waarin de huisarts werkzaam is en de mate waarin hij delegeert/wil delegeren aan de assistente, verklaart waarom de huisartsen in de drie noordelijke provincies minder delegeren dan hun collegae elders: er zijn op het platteland relatief veel solopraktijken. Ook het verschil in de mate van delegeren tussen part-time en full-time werkende huisartsen wordt hierdoor verklaard: De part-time werkende artsen werken meestal in een samenwerkingsverband.

De 'veel delegerende huisarts' mag dan enigszins jonger zijn en iets meer recent zijn afgestudeerd, de verschillen met de 'weinig delegerende huisarts' zijn, qua persoonlijke kenmerken, niet groot. De 'veel delegerende huisartsen' zijn te vinden in samenwerkingsverbanden, waar gediplomeerde assistentes werkzaam zijn en er veelal een eigen werkruimte voor de assistente is.

De vrouwelijke huisarts is, gemiddeld, beduidend jonger dan haar mannelijke collega, heeft vaker de beroepsopleiding voor huisarts gevolgd en werkt veelal part-time. Dat zij meer delegeert, dan haar mannelijke collega, wordt echter niet door deze factoren verklaard. Wederom is het de praktijkvorm die hier een doorslaggevende rol speelt.

Er is overigens geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen wat betreft hun opvatting over het delegeren.

Opmerkelijk genoeg is gebleken dat de houding van de huisarts ten aanzien van delegeren van weinig invloed is op wat de assistente feitelijk gedelegeerd krijgt. Blijkbaar wordt de mate waarin de assistente wordt ingeschakeld, bepaald door meer concrete factoren, zoals die reeds genoemd zijn.

Eveneens van belang is de conclusie dat het invoeren van de beroepsopleiding geen

aantoonbare gevolgen heeft gehad voor de mate waarin de praktijkassistente wordt ingeschakeld. Aan het delegeren van taken zou in de huisartsenopleiding meer aandacht besteed kunnen worden. In Groningen is, als uitvloeisel van dit project, een onderwijsprogramma voor de beroepsopleiding voor huisarts dienaangaande ontworpen.

Dit onderzoek gaat alleen over het delegeren van 'medisch-technische' verrichtingen, maar zoals gezegd, kan de assistente eveneens een grote rol spelen in secundaire preventie. Bijvoorbeeld door het opzetten en uitvoeren van een systeem om bepaalde risicogroepen onder controle te houden^{6,12}. Deze verandering in werkverdeling tussen huisarts en assistente vergt tijd en aanpassing van de praktijkvoering. Enerzijds zal ervan de huisarts verlangd worden dat hij voor de assistente een mogelijkheid creëert voor het zelfstandig behandelen van patiënten, hij een gediplomeerde assistente aanneemt of zijn assistente stimuleert om haar diploma te halen en er voor zorgt dat de patiënten administratie geautomatiseerd wordt.

Anderzijds zal er voor de huisartsen een financiële stimulans moeten komen; uit dit onderzoek is gebleken dat een reëlere onkostenvergoeding voor praktijkassistentie indirect het delegeren zal bevorderen. Met name een vergoeding zoals die in Engeland bestaat zou veel huisartsen er toe bewegen meer assistentie te nemen en dus meer te delegeren.

Aan de hand van deze uitkomsten kan men stellen dat het delegeren van taken aan de assistente een reële oplossing zou kunnen zijn voor de huisarts om de toenemende werkdruk te verlichten, zodat praktijkverkleining niet noodzakelijk is of uitgesteld kan worden.

7.6 Literatuur

1. Nijland A, De Haan J. Progressie in professionalisatie. Publicatie in voorbereiding; zie hoofdstuk 2 van dit proefschrift.
2. Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van de doktersassistente ? Med Cont 1976; 31: 299-302.
3. Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG, discussienota. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
4. Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota LHV. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
5. De Haan J. De doktersassistente; delegeren van taken in een huisartspraktijk. [Dissertatie] Lelystad: Meditekst 1986.
6. Van Ree JW. Assistente en hypertensiebestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49-53.
7. Litman TJ. Public perceptions of the physician's assistant. Am J Publ Health 1972; 62: 343-346.
8. Smith jr CW. Patients attitude toward physician's assistants. J Fam Pract 1981; 13: 201-204.
9. Lees RE, Anderson RMA. Patient attitudes to the expanded role of the nurse in family practice. Can Med Ass J 1971; 105: 1164.
10. Anoniem. Opleidingsleerplan AG. (definitieve versie) Enschede: Stichting voor de leerplan ontwikkeling, 1984.
11. Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistente. Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). Utrecht 3e druk, 1988.
12. Van Veen WA. Inschakeling van praktijkassistenten bij het opsporen van patienten met hypertensie en bij de follow-up. Huisarts Wet 1977; 20: 32-34.
13. Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J, Van der Velden J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. Huisarts Wet 1991, 34: (geaccepteerd).
14. Nijland A, Tuntler-Vink CJHD, Meyboom-de Jong B, De Haan J. De doktersassistente. Een beroep in beweging. Med Cont 1990; 45: 1548-50.
15. Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. Huisarts Wet 1990; 33: 350-54.
16. Nijland A, De Haan J. Ondersteuning van de britse huisarts. Kunnen wij er van leren ? Huisarts Wet 1991; 34 (geaccepteerd).
17. Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
18. Van Dam F, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1989.

8. Ondersteuning van de Britse huisarts.

Kunnen wij er van leren ?

A. Nijland;

J. de Haan.

Nijland A, De Haan J.

Ondersteuning van de Britse huisarts. Kunnen wij er van leren ?

Huisarts & Wetenschap geaccepteerd.

8.1 Samenvatting

De veelal in groepspraktijken werkzame Britse huisarts omringt zich met veel hulppersoneel. In dit artikel wordt op grond van een literatuurstudie gekeken naar de 'practice nurse'. Wie is zij ? Wat doet zij ? Wat vindt de Britse huisarts van haar huidige rol ?

Een sterke uitbreiding van het takenpakket van de practice nurse gaf tevens een verschuiving te zien in de richting van die werkzaamheden die voorheen het exclusieve recht van de dokter waren. Het ontbreken van een specifiek opleidingsprofiel is mede verantwoordelijk voor een grote inter-nurse variatie m.b.t. het takenpakket. Het gegeven dat de practice nurse onvoldoende opgeleid de haar toevertrouwde taken verricht, is eveneens een mogelijk gevolg daarvan.

De positie van de practice nurse aan het begin van de jaren tachtig vertoont overeenkomst met de huidige rol van de gediplomeerde praktijkassistente, althans voor wat betreft haar medisch-technische functie. Verwacht wordt dat de huisarts meer gebaat is bij meer assistentie dan bij een nieuwe functionaris naar Brits model.

8.2 Inleiding

De "National Health Service" (NHS) is het systeem van gezondheidszorg dat sinds 1948 in Groot-Brittannië functioneert. De NHS heeft talrijke reorganisaties gekend, maar die hadden voornamelijk betrekking op de ziekenhuissector en de administratieve organisatie.¹

Een eerste belangrijke stimulans tot kwalitatieve verbetering van de huisartspraktijk was het Family Doctor's Charter van 1960. Dank zij deze overeenkomst werd samenwerking met paramedici en verpleegkundigen een gewone zaak. Preventie kreeg grotere aandacht en de praktijkruimten werden aanzienlijk beter uitgerust (de regering besteedt hieraan jaarlijks ongeveer 80 miljoen pond).¹

In april 1986 verscheen in Groot-Brittannië het regeringsdocument 'Primary Health Care. An Agenda for Discussion'.² Hierin doet de Britse regering aan aantal voorstellen ter verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Jaarlijks besteedt Groot-Brittannië ongeveer 5 miljard pond aan de eerstelijnszorg, dit is meer dan 30 procent van het totale budget voor de gezondheidszorg.

Meer dan drie-kwart van de huisartsen werkt nu in een groepspraktijk en meer dan 90 procent van de huisartsen heeft momenteel hulppersoneel in dienst. Naast receptionistes, secretaresses en praktijk-managers, spelen de 'practice nurses' een belangrijke rol in de organisatie van de britse huisartspraktijken.

Bepalend voor het ontstaan van deze variëteit aan ondersteunend personeel is de bestaande honorering (de huisarts krijgt 70 procent van de kosten voor hulppersoneel vergoed) en het gegeven dat huisartsen voornamelijk in groepspraktijken werkzaam zijn. Groepspraktijken worden middels financiële tegemoetkomingen gestimuleerd.³

De nederlandse belangstelling richt zich met name op de Britse 'practice nurse'.^{3,4} Door middel van deze literatuurstudie wordt getracht een beeld te schetsen van de ondersteuning van de Britse huisarts door de 'practice nurse'. De volgende vragen staan hierbij centraal:

- Hoe is de ontwikkeling geweest van de 'nurse in general practice' ?
- Wat is het takenpakket van de 'practice nurse' en wat vindt de Britse huisarts hiervan?
- Wat zijn leerpunten voor de Nederlandse situatie ?

8.3 Methoden

Voor het literatuur onderzoek werd gebruik gemaakt van de geautomatiseerde database 'NIDATA' van de bibliotheek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)⁵ (Laatste search 31 mei 1990). De volgende engelstalige trefwoorden werden gehanteerd: practice nurse, physician's assistant, nurse practitioner, practice assistant, medical assistant, medical receptionist, medical secretary, ancillary staff en delegation. Hiermee werden 27 publicaties gevonden.

Voorts werd in de Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) een search verricht met dezelfde trefwoorden, benevens het trefwoord 'new health professional'; hiermee werden ruim 500 publicaties opgespoord. Na een eerste selectie op basis van titel en abstract, waarbij werd gezocht naar artikelen over de Britse situatie, bleven 47 artikelen over.

Ook werd een MEDLINE search verricht (= geautomatiseerde index medicus). De enige trefwoorden die herkend werden in MEDLINE, waren nurse practitioner (570x), assistant (353x), medical assistant (393x), delegation (60x). Omdat deze publicaties veelal uitsluitend betrekking hadden op de Amerikaanse situatie, zijn zij buiten beschouwing gelaten.

Een search in de database KCRA (WVC-literatuur documentatie) van het Rijks Computer Centrum leverde geen additionele informatie op.

Bij het maken van een selectie uit de engelstalige literatuur hebben wij ons beperkt tot de publicaties uit gerenommeerde tijdschriften: Journal of the Royal College of General Practitioners (vanaf 1990 geheten: British Journal of General Practice), British Medical Journal, de Lancet, de New England Journal of Medicine, Medical Care, Practitioner. Voorts werden artikelen geraadpleegd uit Nursing Times, Nursing Mirror, Nursing Outlook, Nursing Management. Daarnaast is de catalogus van de NIVEL-bibliotheek geraadpleegd om proefschriften, monografieën, boeken en andere publicaties op het spoor te komen. Ook werden referenties bij de in eerste instantie gevonden artikelen doorgenomen. Hierbij gaat het niet alleen om artikelen die in één van de databanken zouden moeten zitten, maar ook om artikelen in niet-geïndexeerde tijdschriften. Het artikel is gebaseerd op 94 publicaties.

8.4.1 De Britse situatie

Tot begin zestiger jaren zijn slechts enkele artikelen geschreven over de (toekomstige) mogelijkheden van een "nurse in general practice".⁶⁻¹⁰ Na 1967 komen de publicaties over de britse 'practice nurse' op gang nadat de overheid accoord was gegaan met een financiële vergoeding aan de huisarts voor het in dienst nemen van een "practice" nurse. Het jaar werd tevens gekenmerkt door een dieptepunt in het aantal huisartsen en bezorgdheid over de voortgaande praktijkvergroting. Het is dan ook niet verrassend dat de literatuur in deze jaren met name aandacht besteedt aan de mogelijkheden die een 'practice nurse' biedt voor 'saving the doctor's time'.¹⁰⁻¹⁴ In de jaren daarna verandert de waardering voor de 'practice nurse'. Vóór het in dienst treden van de nurse denkt de huisarts in termen van werklastermindering en tijdsbesparing en de mogelijkheid 'minder interessante' professionele taken te kunnen delegeren. Na ervaren te hebben wat de 'practice nurse' kan doen, kreeg de huisarts in de gaten dat het effect van haar persoonlijke en professionele kwaliteiten en haar mogelijkheden voor het aangaan van patiënt-relaties en het doorspelen van informatie over de patiënten aan de huisarts, de belangrijkste aanwinst bleek te zijn voor de huisartspraktijk (Boddy, 1969)¹⁵

Voor het beschrijven van de Britse situatie dient onderscheid gemaakt te worden tussen de nurse in dienst van de 'Local Authority', die gestationeerd wordt in een huisartspraktijk en de 'practice nurse' in dienst van de huisartspraktijk.¹⁶⁻¹⁸ Beide beroepsgroepen vertonen een overlap in hun takenpakket: de 'Local Authority' nurses werken wel eens in de treatment-room van de huisartspraktijk en de 'practice nurses' leggen wel eens huisbezoeken af.^{16,19} In 1968 werd bij de Health Services and Public Health Act de 'Local Authority' nurse toegestaan haar professionele werkzaamheden behalve bij patiënten thuis ook elders te verrichten. Hierdoor kwam de weg vrij voor 'Local Authority' nurses te gaan werken in de treatment room van een huisartspraktijk.^{16,17} Duidend op deze verbintenis met de huisartspraktijk spreken wij in het vervolg van 'attached nurse'. Het 'primary care team' concept, waarin huisarts en nurses samenwerken, werd als een nieuwe ontwikkeling gezien.²⁰ Parallel hieraan verloopt de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen in de vorm van groepspraktijken en de snel in populariteit toenemende gezondheidscentra.^{21,22}

De traditionele 'attached nurse' komt overeen met de nederlandse wijkverpleegkundige; haar werkterrein is voornamelijk bij de patiënt thuis. Centraal in haar takenpakket staan de verpleegkundige handelingen in de thuissituatie van de patiënt, inclusief het geven van injecties en het aanleggen en verwisselen van verbanden.¹⁸ Onderzoek uit 1974 laat zien dat 68 procent van de huisartspraktijken werken met een 'attached nurse'. Juist deze praktijken bleken ook veelal tevens een 'practice nurse' in dienst te hebben.²³ In 1980 vond Reedy dat deze 'attached nurses', in dienst van de 'Local Authority', gemiddeld 39 uur per week werken, maar dat slechts 18 procent van hen meer dan 2 uur per week in het praktijkgebouw doorbrengt.¹⁸ Deze tijd is te kort om taakdelegatie van huisarts naar nurse zinvol of zelfs maar waarschijnlijk te maken.¹⁹ Gevraagd naar de mening van 'attached nurses', bleek slechts 4 procent positief te staan tegenover een taakuitbreiding in de

Tabel 1. Gegevens over de nederlandse, gediplomeerde praktijkassistente en de britse practice nurse en de britse 'attached' nurse. Medisch-technische taken en de mate waarin deze 'regelmatig' worden verricht. Percentages.

	1988 ²⁴	1980 ¹⁸	1980 ¹⁸	1987 ²⁸
	Praktijk- assistente (N = 75)	Practice Nurse (N = 81)	Attached Nurse (N = 72)	Practice Nurse (N = 300)
Therapeutische verrichtingen				
- aanleggen of verwisselen van een verband	80	80	93	94
- zwachtelen van het been bij pat. met een ulcus cruris	32	-	-	-
- injecties geven	80	-	-	95
- oren uitspuiten	56	79*	40*	93*
- wonden lijmen met wondlijm	39	-	-	-
- wonden hechten	4	26*	2*	-
- hechtingen verwijderen	65	76	87	95
- wratten aanstippen met vloeibaar stikstof (cauterization)	43	34*	2*	-
- begeleiden van pat. die de pil gebruiken (pilcontroles)	21	-	-	-
- verhoogde bloeddruk controles	43	69	29	96
- spiraaltje inbrengen	-	2*	2*	-
- spiraaltje verwijderen	-	-	-	18*
- vaginaal pessarium verwisselen	-	20	51	-
- kleine, oppervl. abscessen incideren	-	46*	10*	-
- gipsverbanden aanleggen	-	18*	9*	-
- gipsverbanden verwijderen	-	3	4	-
- catheteriseren	-	7	64	-
Diagnostische verrichtingen				
- lengte of gewicht meten	29	75	41	-
- meten temp., pols, ademhalingsfreq.	-	72	91	-
- venapuncties verrichten	60	43*	22*	75*
- bepalen van haemoglobine-gehalte in bloed	65	11*	4*	-
- bepaling glucose gehalte in bloed	73	-	-	-
- BSE inzetten + aflezen	73	11*	2*	-
- urine onderzoek (algemeen)	90	93	94	-
- uricult inzetten + aflezen	49	43	22	-
- zwangerschapstest uitvoeren	89	19*	2*	-
- faeces onderzoek op occult bloed	43	0	2	-

Tabel 1 (vervolg). Gegevens over de nederlandse, gediplomeerde praktijkassistente en de britse practice nurse en de britse 'attached' nurse. Medisch-technische taken en de mate waarin deze 'regelmatig' worden verricht. Percentages.

	1988 ²⁴	1980 ¹⁸	1980 ¹⁸	1987 ²⁶
	Praktijk- assistente (N = 75)	Practice Nurse (N = 81)	Attached Nurse (N = 72)	Practice Nurse (N = 300)
- microscopisch onderzoek van fluor vaginalis preparaat, bv. KOH-preparaat	8	-	-	-
- baarmoedermond uitstrijkjes maken	1	37*	5*	71*
- speculum onderzoek vagina, cervix	-	-	-	60*
- vaginaal toucher	-	-	-	11*
- gehoortest uitvoeren m.b.v. een audiometer	40	0	2	-
- testen van gezichtsvermogen	3	-	-	-
- E.C.G.'s maken	37	25*	4*	57*
- longfunctie onderzoek m.b.v. een peak-flow meter	4	18*	0	50*
- allergietest uitvoeren	19	9*	4*	-
- specific desensitizing procedures	-	35*	20*	-
- onderzoek van keel, neus, oor	-	-	-	68*
- onderzoek van mammae	-	-	-	62*
- onderzoek van botten, gewrichten	-	-	-	40*
- oogonderzoek m.b.v. ophthalmoscoop	-	-	-	9*
- onderzoek hart, longen (stethoscoop)	-	-	-	8*
- uitwendig buikonderzoek	-	-	-	4*
EIGEN WERKRUIMTE (treatment room)	66	78	52	94

* : "Additionele training voor de nurses noodzakelijk

- : betekent 'geen gegevens beschikbaar'

treatment-room. Zij geven de voorkeur aan hun werkzaamheden bij de patiënt thuis.¹⁹ De tabellen 1 en 2 geven de verschillen tussen de 'attached nurse' en de 'practice nurse' duidelijk weer (ter vergelijking zijn gegevens uit recent onderzoek naar de Nederlandse, gediplomeerde praktijkassistenten opgenomen).²⁴

Tabel 2. Vergelijking takenpakket 'attached nurse' en 'practice nurse', met betrekking tot de traditioneel bepaalde werkzaamheden, de zgn. "caring activities". Percentages.¹⁸

Taak	Attached Nurses (N = 81)	Practice Nurses (N = 72)
Begeleidende taken:		
- Helpen naar toilet, po	90	4
- Helpen bij aan-, uitkleden	90	59
- Haar-, nagels-, voet verzorging	88	39
- In bed helpen	92	0
- Voedsel klaarmaken voor patiënt	67	5
- Lichamelijke oefeningen doen met patiënten	56	7
- Helpen voeden van patiënten	41	0
Therapeutische taken:		
- Toedienen van clysmas	89	9
- Toedienen van medicijnen	75	50

8.4.2 De Practice Nurse

Bij de eerste experimenten met een nurse in de huisartspraktijk werd onderzocht in hoeverre zij in staat zou zijn huisbezoeken af te leggen.^{11,12,25} Ook werd geprobeerd een nieuw type nurse te introduceren, die de plaats zou moeten innemen van de nurse in de treatment room, de district nurse en de health visitor.^{11,25} Sinds de benaming 'practice nurse' werd gereserveerd voor die nurses die in dienst zijn van de huisarts en die voornamelijk werken in de treatment-room in het praktijkgebouw, richtte onderzoek zich op het meer inschakelen van de 'practice nurse' voor taken die tot dan het exclusieve recht van de huisarts waren geweest. In de jaren 1968 - 1973 was er een toename van 132 procent in het aantal full-time equivalenten nurse in dienst van een huisarts. De jaarlijkse toename bedroeg 18,6 procent.^{23,26,27} Ter vergelijking: de gemiddelde jaarlijkse toename bij de 'Local Authority' nurses bedroeg 5 procent.²³ In 1974 had een kwart van de huisartspraktijken één of meer 'practice nurses' in dienst.^{17,23} In 1979 kwamen Cartwright en Anderson tot tweederde.²⁸ In 1987 komt Bowling tot een aantal van ruim 4000 'practice nurses' in Engeland (niet Groot-Brittannië), wat een verdubbeling betekent in 5 jaar tijd.²⁹ Van de huisartspraktijken die een 'practice nurse' in dienst hadden, had ruim de helft twee of meer 'practice nurses' in dienst.²³ Praktijkgrootte en het aantal samenwerkende huisartsen speelden een belangrijke rol in het

aantal in dienst zijnde 'practice nurses'. De aanwezigheid van een 'attached nurse' was van geen invloed op het aantal 'practice nurses'. Een kwart van de huisartspraktijken (exclusief de gezondheidscentra) had noch een 'practice nurse', noch een 'attached nurse' in dienst.²³

Zowel in 1974 als in 1980 vonden Reedy et al dat 'practice nurses' gemiddeld slechts 23 uur per week werken en dat het overgrote deel van haar werk zich in de treatment-room afspeelt.^{18,23} In het eerste onderzoek bleek de 'practice nurse' nog gemiddeld 9,8 uur per week aan receptie- en administratieve taken te besteden. Bijna een-derde van de 'practice nurses' echter verrichtte uitsluitend "nursing duties" en was significant vaker in dienst van een gezondheidscentrum of groepspraktijk. Als mogelijke verklaring wordt door Reedy et al gewezen op het al dan niet beschikbaar zijn van een eigen werkruimte.²³ In 1971 hadden 71 procent van de gezondheidscentra, maar slechts 31 procent van de andere praktijkvormen een 'treatment-room'.³⁰ Gesuggereerd wordt dat huisartsen er mogelijk toe overgaan een 'practice nurse' in dienst te nemen uit onvrede met het 'attachment' van een nurse. De 'attached nurse' evenwel had de huisarts opmerkelijk gemaakt op bepaalde lacunes in de praktijkvoering en de potentiële mogelijkheden van de nurse.²³

'Practice nurses' zijn in het algemeen getrouwde vrouwen met kinderen en zijn veelal ouder dan 35 jaar.^{17,26} Reedy geeft twee mogelijk verklarende factoren. Veelal betreft het 'tweede generatie' nurses, dat wil zeggen nurses die na enkele jaren voor het gezin te hebben gezorgd, opnieuw gaan werken en daarbij flexibele werkuren op part-time basis zoeken. Het onderzoek van Greenfield et al lijkt dit te bevestigen.²⁶

Bovendien zouden huisartsen de voorkeur geven aan het in dienst nemen van oudere, getrouwde vrouwen die kinderen hebben.

De ontwikkeling van de rol van de 'practice nurse' is argwanend gevolgd door andere takken van de 'nursing profession'; men was bevreesd dat het accepteren van gedelegeerde medische taken zou resulteren in het verlies van de professionele identiteit van de 'nurse' en het verlaten van de 'care' ten gunste van de 'cure'.^{31,32} Kenmerkend is in dit verband het volgende citaat: 'It is a misuse of nursing skills to delegate tasks to the nurse merely because they are onerous or time-consuming for the doctor'.³³ De District Health Authorities (DHA) hebben problemen met de explosieve groei van 'practice nurses': daar waar zij constant gekort worden op hun budgetten kan de groei van praktijkverpleegkundigen in de huisartspraktijk ongelimiteerd doorgaan, daar de huisartsen een open-einde financiering kennen. Gesteld wordt nu, met name uit de hoek van de DHA, dat de 10 miljoen pond die nu aan de 'practice nurse' besteed wordt, beter kan worden ingezet voor wijkverpleegkundige hulp. Deze redenering is eveneens neergelegd in het in de Engelse Gezondheidszorg-wereld zeer bekende 'Cumberlege rapport' (1986), waarin werd aanbevolen de 'practice nurse' los te koppelen van de huisartspraktijk.³

8.4.3 Opleiding

Aanvankelijk bestond er geen enkele vorm van opleiding voor de nurse die in dienst wilde treden van de huisarts. Eind zestiger jaren wordt in de literatuur dan ook gesteld dat, naast de basisopleiding tot 'nurse', enkele jaren ziekenhuis ervaring noodzakelijk is.^{11-13,16,33} Sommige onderzoekers vinden zelfs een minimum van 4 jaar ziekenhuiservaring een vereiste.¹¹ Daarnaast wordt het belang van bijscholing voor de 'nurse in general practice' onderkend.^{9,11} In 1972 vroeg Cunningham zich af, naar aanleiding van een onderzoek naar de acceptatie van de nurse door de patiënt, of de opleiding van de nurse wel toereikend is voor een uitbreiding van haar rol.³⁴ In hetzelfde jaar pleitten Hasler et al. voor een gestructureerd opleidingsprogramma en presenteerde Reedy een takenpakket voor de 'treatment-room-nurse', samengesteld op basis van een literatuurstudie.^{16,35} Begin tachtiger jaren werd een begin gemaakt met het definiëren van de vaardigheden van de 'practice nurse' en een eerste aanzet werd gegeven om te komen tot een opleidingsprofiel.³⁶⁻³⁸ In 1987 bericht Ellis over een cursus preventieve geneeskunde voor 'practice nurses'. Verplichte vervolgopleiding voor de nurse die in de huisartspraktijk wil werken, wordt door hem aanbevolen.³⁹ Nadat het 'Cumberlege rapport' in 1986, in navolging van de Royal College of Nursing, had gesteld dat de 'practice nurse' onvoldoende opleiding heeft genoten voor de haar toevertrouwde taken, nam het aantal bijscholingscursussen voor 'practice nurses' sterk toe.⁴⁰⁻⁴² Positief effect van het rapport was ook dat het de 'practice nurses' er toe bracht zich te richten op een algehele bezinning op de inhoud van de eigen taak. Evenals in het Cumberlege rapport is in het overheidsrapport 'Promoting better health' van 1987, aandacht voor de ontwikkeling van de 'practice nurse', met name op het gebied van preventieve en anticiperende geneeskunde en 'health promotion'.⁴³

Een afgebakend takenpakket of beroepsprofiel ontbreekt vooralsnog. Gevolg daarvan is het ontbreken van een opleidingsprofiel. Nog in 1978 heeft het 'Joint Board of Clinical Nursing Studies' het idee van een nationale, uniforme opleiding voor 'practice nurse' verworpen.¹⁹ Bestaande bijscholingsmogelijkheden voor 'practice nurses' zijn onvoldoende.⁴⁴ In een recent editorial in het British Journal of General Practice wordt dan ook de vrees geuit dat de functie van de 'practice nurse' zich ontwikkelt op inefficiënte en ongecoördineerde wijze.⁴⁴

8.4.4 Takenpakket

Onderzoekers op het terrein van de 'practice nurse' stellen dat het takenpakket van de 'practice nurse' altijd al van medisch-technische aard is geweest en ook laboratorium onderzoeken en chirurgische procedures omvat.¹⁸ In een onderzoek uit 1970 bleek echter dat 85 - 90 procent van de 'practice nurses' baliewerk verrichtten en de telefoon aannamen.⁴⁵ Hierdoor wordt gesuggereerd dat de opleiding en de vaardigheden van de nurse van grote

waarde werden geacht voor deze taken. Taken waarvan het belang moeilijk kan worden overschat.¹⁶ In 1980 ondernamen Reedy et al. een 'national study of nursing activities in primary care'¹⁸ (zie tabel 1: 2e en 3e kolom). De bevindingen van Bowling ten aanzien van de prevalentie van een aantal technische verrichtingen in het takenpakket van de 'practice nurse' stemmen hiermee overeen.¹⁹ In haar conclusie zegt Bowling dat de vooruitzichten om te komen tot een uitgebreid takenpakket van de 'practice nurse' gunstig lijken.¹⁹ De jaren tachtig hebben een versterking van de positie van de 'practice nurse' te zien gegeven. Duidelijk wordt dit door het onderzoek van Greenfield et al. in 1987 (voor uitkomsten zie laatste kolom in tabel 1).²⁶ Hoewel sterke inter-nurse variaties in het takenpakket werden gevonden, bleek circa tweederde van de 'practice nurses' inwendig onderzoek en borstonderzoek te verrichten; 70 procent verrichtte uitstrijkjes en een aantal 'practice nurses' diagnostiseerden en behandelden "common ailments" (kleine traumata, hypertensie, eenvoudige allergieën, veel voorkomende infectie ziekten, urineweginfecties bij vrouwen, fluor vaginalis, conjunctivitis, diabetes).²⁶

Naar de mening van de 'practice nurses' zijn de praktische, medisch-technische verrichtingen (injecties, oren uitspuiten, e.d.) en de preventieve en screeningstaken (hypertensie-controles, uitstrijkjes) het belangrijkste. Ook GVO en het geven van algemene adviezen en het kunnen diagnostiseren en behandelen van veel voorkomende, eenvoudige ziektebeelden worden door de 'practice nurse' belangrijk geacht.²⁶

Ook de rol van de 'practice nurse' bij de uitvoering van preventie programma's is onderwerp van studie geweest. In het Oxford Prevention of Heart Attack and Stroke Project wordt een 'facilitator' geïntroduceerd in het primary care team, wiens taak het is de praktijk te helpen bij het opzetten van preventie programma's. De uitvoering berust grotendeels bij de 'practice nurses'.^{46,47} Als experiment begonnen in Oxfordshire Health Authority hebben daarna 25 andere health authorities een 'facilitator' aangesteld volgens hetzelfde model.⁴⁷ Dat de 'practice nurse' voor deze taak dient te worden bijgeschoold, heeft geleid tot de ontwikkeling van bijscholingscursussen.³⁹

8.4.5 Mening van de Britse huisarts.

In 1981 rapporteert Bowling over een onderzoek naar de mening van huisartsen met betrekking tot het delegeren van taken aan de 'practice nurse' (zie tabel 3): 31 procent van de huisartsen delegerden veel taken aan de 'practice nurse'; 44 procent in veel geringere mate en 25 procent delegerden geen van de in de tabel 3 genoemde taken.^{19, 48,49} Verder concludeert zij dat de veel delegerende huisartsen in samenwerkingsverbanden van drie of meer huisartsen werken (hetgeen in 1987 in het onderzoek van Greenfield et al.²⁶ wordt bevestigd), minder lang geleden zijn afgestudeerd en een groter scala aan activiteiten ontplooiën dan de niet of veel minder delegerende collega. Ook werd bij deze meer

delegerende huisarts een hogere graad van praktijkorganisatie gevonden, afgemeten aan de aanwezigheid van een 'practice nurse' en het hanteren van een afsprakensysteem.¹⁹ Opmerkelijk is haar bevinding dat van de huisartsen die geen van de in tabel 3 genoemde taken delegerden, de helft tot tweederde van hen wel positief stond ten aanzien van het delegeren van deze taken. Echter niet meer dan de helft van deze huisartsen zag zichzelf deze taken in de toekomst gaan delegeren.

Tabel 3. Mate waarin de huisarts bepaalde taken aan de 'practice nurse' delegeert. (N = 68) Percentages.¹⁹

Verrichting	Regelmatig	Soms	Nooit
Oren uitspuiten	43	19	38
Aanleggen en verwisselen van verbanden	38	31	31
Injecties	38	31	31
Hechtingen verwijderen	38	31	31
Immunisaties, vaccinaties	32	16	52
Venapunctie	19	15	66
Uitstrijkjes	4	4	92

Als voordelen van taakdelegering noemde 49 procent dat het de arts tijd zou besparen; 18 procent dat het de voldoening in het werk zou doen toenemen en 16 procent dat het een betere verdeling van vaardigheden zou bevorderen. Van de huisartsen die tegen delegeren waren, zei 35 procent dat hierdoor de onafhankelijke status van de huisarts bedreigd werd. Dit bleken met name de huisartsen, die langer geleden waren afgestudeerd. Een kwart van deze huisartsen vindt dat taakdelegatie geen tijd bespaart, maar meer werk creëert vanwege de onkunde van de hulpkrachten in het algemeen, waardoor de arts telkens opnieuw om hulp zou worden gevraagd.

Bijna een kwart voelde zich bedreigd door het concept van taakdelegatie, gezien de uitspraak "Wat blijft er voor mij over om te doen als ik deze taken zou delegeren ?" Zestien procent noemde ook de arts-patiënt relatie, die verstoord zou worden door het meer inschakelen van de 'practice nurse'.

Het delegeren van 'diagnostische taken' ligt gevoeliger voor de huisarts. Slechts 26 procent van alle geënquêteerde huisartsen stond positief tegenover een niet-medicus die de initiële screening van nieuwe patiënten zou gaan overnemen.

De belangrijkste redenen om deze taken niet te delegeren, waren: de huisarts moet alle nieuwe patiënten zien, ook al omdat hij de diagnose dient te stellen (51%); de patiënten

het niet zouden accepteren (28%); de huisarts in staat is eventuele emotionele problemen schuilgaande achter een triviale klacht te herkennen (19%); de kwaliteit van zorg zou worden aangetast (13%); de huisarts overbodig zou worden (10%).

Concluderend merkt Bowling op dat naarmate de jongere artsen meer aan bod komen en meer huisartsen gaan samenwerken in groepspraktijken en gezondheidscentra en de interesse in een efficiënte praktijkorganisatie toeneemt, er ook meer gedelegeerd gaat worden.¹⁹ Een mening die gedeeld wordt door Miller en Backett.³⁶

8.4.6 De andere leden van het 'Primary Care Team'.

De veelal in groepspraktijken werkzame Britse huisarts werkt niet alleen samen met collega huisartsen en nurses, maar, afhankelijk van de grootte van het samenwerkingsverband, met receptionistes, medisch-secretaresses en (een) praktijkmanager(s). Numeriek gezien is de receptioniste het belangrijkste. Recent onderzoek laat zien dat gemiddeld 1,1 FTE (full-time equivalent) receptioniste/secretaresse per huisarts bestaat.⁵⁰ Veelal zijn het wat oudere, getrouwde vrouwen die part-time werken en wier persoonlijke kwaliteiten meer worden gewaardeerd dan hun academische kwalificaties.^{50,51,52} Veelal ook bleken het vrouwen zonder carrière-structuur en had slechts 13 procent enige formele opleiding genoten. Slechts 9 procent had ooit een duidelijk omschreven takenpakket ontvangen.⁵⁰ Hoewel vele separate functie-benamingen bestaan, blijkt echter geen uniformiteit te bestaan in de functie omschrijvingen.⁴⁵ De helft van de receptionistes doet secretaresse taken en 90 procent van de secretaresses verricht baliewerk, 40 procent doet urine onderzoek, lengte en gewichtsbepalingen en 15 procent legt verbanden aan. Van degenen met verpleegkundige kwalificaties verricht 85 - 90 procent regelmatig baliewerk en het aannemen van de telefoon en 60 procent het sorteren van de post.⁴⁵ De laatste jaren evenwel is sprake van een zekere mate van specialisatie; geïnitieerd door de grotere samenwerkingsverbanden. Recent is dan ook de roep om betere opleidingen voor receptionistes/secretaresses. De noodzaak een carrière-structuur te kunnen aanbieden wordt dan ook langzamerhand onderkend.⁵⁰

8.4.7 De Nurse Practitioner.

In het Verenigd Koninkrijk zien wij naast de 'Local Authority'-nurse en de 'practice nurse' de ontwikkeling op gang komen van een andere functionaris: de Nurse Practitioner. De Royal College of Nursing heeft het concept van Nurse Practitioner aangenomen.⁵³ Ook de Royal College of General Practitioners zegt positief te staan tegenover nader onderzoek naar de Nurse Practitioner. Ook van overheidswege is belangstelling getoond en nader onderzoek aangekondigd.⁴³ De regering maakt zich daarbij sterk voor bepaalde wetswijzigingen, waardoor het 'qualified nurses' mogelijk wordt gemaakt herhaalrecepten uit te schrijven

evenals items als verbandmiddelen, 'ointments and sprays'.⁵³ Het huidige beleidsklimaat in Groot-Brittannië, namelijk het streven van de Conservatieve Partij naar meer competitie en grotere keuzemogelijkheden voor de consumenten, is hiervoor bepalend.¹

Patiënten kunnen de bijna geheel autonoom werkende Nurse Practitioner rechtstreeks consulteren (veelal volgens afspraak).^{54,55} Het geven van adviezen staat in haar werk meer centraal dan praktische taken (in de treatment room). Haar werksetting lijkt meer op die van de huisarts dan die van de traditionele 'practice nurse'.⁵⁴ Haar werkterrein ligt op de preventieve geneeskunde, gezondheidsadviezen, follow-up van patiënten met chronische aandoeningen, screening van risicogroepen, sociale problemen en zij heeft minder te maken met de acuut zieken. Hierbij werkt zij volgens duidelijk omschreven protocollen.⁴⁴

Patiënten die ervaring hebben met een Nurse Practitioner geven aan haar te waarderen voor haar vaardigheid te kunnen luisteren en de patiënt zich op z'n gemak te laten voelen.⁵⁶ Het blijken met name vrouwen jonger dan 40 jaar te zijn, die haar consulteren.⁵⁵ Volgens Stilwell kan de Nurse Practitioner een bijdrage aan de eerstelijnsgezondheidszorg leveren waarbij de nadruk ligt op 'caring' en niet op 'curing'.^{31,57} De belangstelling voor het concept van de Nurse Practitioner kent voor de betrokken partijen verschillende redenen. Nurses willen graag taakuitbreiding, artsen zijn geïnteresseerd in een afname van de werklast en zien graag een ontwikkeling richting 'practice team' en van overheidswege wordt gezocht naar goedkopere wegen om tegemoet te komen aan de behoefte aan gezondheidszorg. Het concept van de Nurse Practitioner is echter nog controversieel.⁵⁴

Een takenpakket/role-definition voor de Nurse Practitioner ontbreekt vooralsnog.

Het onderscheid met de 'practice nurse' is echter vaag. Veel 'practice nurses' blijken in staat hun treatment room werk uit te breiden tot op het niveau van de Nurse Practitioner.⁴⁴ Reedy wijst in dit verband op de volgende aspecten van het werk van de 'practice nurse': 'counselling, listening, advising'; aspecten die ook door patiënten aan de 'practice nurse' worden toebedacht.¹⁶ Voorstanders van het idee van de Nurse Practitioner stellen dat zij een andere rol ontwikkelt dan van surrogaat dokter en andere vaardigheden en attitudes met zich meebrengt.⁵⁴ Haar bijdrage is complementair aan het werk van de huisarts.⁵³ Gegevens tot zoverre suggereren, dat de Nurse Practitioner in staat kan zijn een bijdrage te leveren aan de implementatie en uitvoering van preventie programma's, het bieden van emotionele ondersteuning voor menig patiënt en door de patiënten in het algemeen geaccepteerd wordt.⁵⁶

8.5 Beschouwing.

De jaren tachtig hebben een versterking van de positie van de 'practice nurse' en een toename van hun aantal te zien gegeven. Het beleid van de Britse overheid met daarin stimuleringspremies voor samenwerkingsverbanden van huisartsen (m.n. groepspraktijken) en de 70 procent vergoeding voor de kosten van hulp personeel is voor deze ontwikkeling van de 'practice nurse' waarschijnlijk van groot belang geweest.

Duidelijk is geworden dat er een verschuiving in het werk van de 'practice nurse' is opgetreden in de richting van die werkzaamheden die voorheen het exclusieve recht van de dokter waren. De Britse huisarts heeft echter veelal zelf de 'practice nurse' moeten bijscholen. Het ontwerpen van doelstellingen voor deze 'praktijkopleiding', van onderwijsmethoden en standaarden, het instrueren en superviseren alvorens te kunnen delegeren, zijn echter taken waarvoor slechts een enkele huisarts zal zijn opgeleid.³⁸

Duidelijk is ook geworden dat de 'practice nurse' onvoldoende opgeleid de haar toevertrouwde taken verricht. De grote inter-nurse variatie met betrekking tot het takenpakket toont het gebrek aan een eenduidige omschrijving van de rol en de functie van de 'practice nurse'.^{26,39,42} Zolang dat ontbreekt, evenals het ontbreken van een specifieke opleiding voor de 'practice nurse', zullen dergelijke grote verschillen tussen 'practice nurses' blijven bestaan. Voorts heerst nog steeds verdeeldheid over de vraag of de 'practice nurse' in dienst van de huisarts of in dienst van de District Health Authority werkzaam zou moeten zijn.

Bovengenoemde aspecten verdienen prioriteit, wil het indrukwekkende proces van professionalisering van de functie van de 'practice nurse' zich blijven voortzetten. Functie-inhoudelijk zal het hierbij gaan om een verdere ontwikkeling van de 'treatment-room' taken, waarin naast de medisch-technische verrichtingen, de protocollaire behandeling van 'common ailments' centraal zal staan.

Het concept van de Nurse Practitioner lijkt voor de Nederlandse situatie vooralsnog niet gewenst. Ook in Groot-Brittannië is haar bestaan controversieel.

Taakdelegering is in Groot-Brittannië nog een controversieel onderwerp. Een meerderheid van de huisartsen staat positief tegenover het delegeren van eenvoudige medisch-technische verrichtingen, maar is daarnaast van mening dat aan 'practice nurses' geen diagnostische taken mogen worden gedelegeerd.

Het beeld van de veel delegerende, Britse huisarts komt voor een belangrijk deel overeen met de resultaten van onderzoek naar de Nederlandse situatie.⁵⁸ Evenals uit het literatuuronderzoek naar voren komt, blijkt uit dit Nederlandse onderzoek dat de praktijkvorm en het ter beschikking staan van een eigen werkruimte voor de praktijkassistente de belangrijkste verklarende factoren zijn voor de mate van taakdelegering aan de assistente.

Bij het beschouwen van het takenpakket van de 'practice nurse' in het begin van de tachtiger jaren dringt zich een vergelijking op met het huidige takenpakket van de gediplomeerde praktijkassistente in Nederland, althans voor wat betreft haar medisch-technische functie (tabel 1). Het aanleggen of verwisselen van een verband wordt door 80 procent verricht en 60 procent doet venapuncties. Ruim de helft van de praktijkassistentes spuit oren uit en ruim 40 procent doet verhoogde bloeddruk controles.

Met de voor de praktijkassistente bestaande beroepsopleiding als uitgangspunt, wordt een gecoördineerde en gestructureerde functieontwikkeling van de praktijkassistente mogelijk, met als gevolg een versterking van de positie van de praktijkassistente.

Vorig jaar heeft de LHV de functie 'praktijkverpleegkundige' geïntroduceerd, werkzaam in dienstverband bij de huisarts.^{3,4} Het concept is geënt op de Britse 'practice

nurse'. Tevens wordt daarbij gespeculeerd over een mogelijke rol van de 'praktijkverpleegkundige' in de thuiszorg.³ Hetgeen betekent dat wordt voorgesteld de functie van praktijkassistente op te splitsen in medisch secretaresse voor administratieve en receptioniste taken en in praktijkverpleegkundige, die in de behandelkamer medisch-technische taken volgens protocol verricht. Bij de uitwerking van het concept van de 'praktijkverpleegkundige' dient men zich te realiseren dat bovengenoemde aspecten van aanvullende opleiding, professionele identiteit van de verpleegkundige, eventuele weerstanden tegen een dienstverband bij de huisarts, het ontbreken van een beroepsprofiel en opleidingsprofiel een belangrijke rol spelen bij het welslagen van een dergelijk experiment. Voorts lijkt het een utopie de werkzaamheden in het praktijkgebouw en de wijkverpleegkundige taken in één functie onder te brengen. De literatuur met betrekking tot de Britse situatie levert daarvoor de nodige aanwijzingen.

Op grond van de voor de praktijkassistente bestaande beroepsopleiding mogen we van haar verwachten dat zij in de huisartspraktijk een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren.⁵⁹ In een toelichting op het beroepsprofiel wordt vermeld dat de assistente een eigen spreekuur zou kunnen houden voor bepaalde categorieën patiënten (hypertensie, diabetes, ulcus cruris, screening op cervixcarcinoom).⁶⁰ Er zijn ook aanwijzingen dat het systematisch inschakelen van de praktijkassistente een verbetering van de kwaliteit van zorg kan betekenen.^{61,62}

De introductie van een 'facilitator' bij de implementatie van preventie programma's kent in lopend Nederlands onderzoek een pendant: de Preventie-consulente in het Huisarts-Assistentie-Preventie-Project (HAPP) van de Universiteit van Nijmegen en Rotterdam. Hierbij berust de uitvoering van het preventie-programma grotendeels bij de praktijkassistenten.

Samenwerkingsverbanden van huisartsen en de voortgaande professionalisering van de gediplomeerde praktijkassistente en een voor deze aspecten aangescherpt stimuleringsbeleid in Nederland zouden weleens kunnen betekenen dat een betere verdeling van taken tussen huisarts en assistente kan worden bereikt. Een verhouding van 1,5 FTE (full-time equivalent) assistente voor iedere FTE huisarts maakt een dergelijk grote variëteit aan hulppersoneel, zoals die in Groot-Brittannië bestaat, overbodig. Hiermee zou worden voldaan aan een belangrijke voorwaarde om te komen tot een substantiële versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland en van de positie van de huisarts daarin.

8.6 Literatuur

1. Schepers R. De Britse eerstelijnsgezondheidszorg ter discussie. Huisarts Nu 1987; 3: 114 - 21.
2. Anoniem. Primary Health Care: An Agenda for discussion. London: HMSO, 1986.
3. Anoniem. De praktijkverpleegkundige: een verslag van een studiereis. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1989.
4. Stenfert Kroeze H. De praktijkverpleegkundige in opmars? De Huisarts 1990; 3: 25 - 7.
5. NIVEL bibliotheek. Bezoekadres: Drieharingstraat 6, Utrecht. Tel. 030 - 319946.
6. Pinsent RJFH. The future of general practice. Lancet 1950: 917 - 920.
7. Thomas SJ. The General Practitioner and the Health Visitor. Br Med J 1953; 4: 964-6.
8. Cartwright A, Scott R. The work of a nurse employed in a general practice. Br Med J 1961: 807 - 13.
9. Sanctuary JCT, Adams GS, Nicholson NG, et al. Ancillary help in general practice. J Coll Gen Pract 1965; 9: 55 - 63.
10. Baldwin JT. The use of a nurse in general practice J Coll Gen Pract 1967; 13: 364 - 7.
11. Weston Smith J, Mottram EM. Extended use of nursing services in general practice. Br Med J 1967, Dec 16: 672 - 4.
12. Marsh GN. Group Practice Nurse: An analysis and comment on six months's work. Br Med J 1967, Febr: 489 - 91.
13. Hodgkin GKH. Family Health Care. The Team 1967: 47.
14. Anonymous. The Practice Nurse. R Coll Gen Pract 1986; 10: 1 - 31.
15. Boddy, FA. General Practitioner's View of the Home Nursing Service. Br Med J 1969; 2: 438-41.
16. Reedy BLEC. The General Practice Nurse. Update 1972; 5: 75 - 8, 187 - 93, 366 - 70, 433 - 8, 571 - 6.
17. Reedy BLEC, Metcalfe AV, De Roumanie M, et al. The social and occupational characteristics of attached and employed nurses in general practice. J R Coll Gen Pract 1980: 477 - 82.
18. Reedy BLEC, Metcalfe AV, De Roumanie M, et al. A comparison of the activities and opinions of attached and employed nurses in general practice. J R Coll Gen Pract 1980: 483 - 9.
19. Bowling A. On delegation to nurses in general practice. J R Coll Gen Pract 1981: 485 - 90.
20. Hasler JC, Hemphill PMR, Stewart TI, et al. Development of the Nursing Section of the Community Health Team. Br Med J 1968; 3: 734 - 6.
21. Marsh GN, McNay RA. Team Workload in an English General Practice. Br Med J 1974; 1: 315 - 8.
22. Garraway WM. The community health team in general practice. Update 1973: 121 - 32.
23. Reedy BLEC, Philips PR, Newell DJ. Nurses and nursing in primary medical care in England. Br Med J 1976; 2: 1304 - 6.
24. Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-deJong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistenten. Huisarts Wet 1990; 9: 350 - 4, 363.
25. Smith JW, O'Donovan JB. The practice nurse - a new look. Br Med J 1970; 4: 673 - 7.
26. Greenfield S, Stilwell B, Drury M. Practice Nurses: social and occupational characteristics. J R Coll Gen Pract 1987: 341 - 5.
27. Leiper NK. A course for practice nurses. J R Coll Gen Pract 1975; 25: 537 - 42.
28. Cartwright A, Anderson R. Patients and their doctors, 1977. Occasional paper 8. London: J R Coll Gen Pract, 1979.
29. Bowling A. Practice nurses and nurse practitioners. Practitioner 1987; 231: 631.

30. Irvine D, Jefferys M. *Br Med J* 1971; 4: 535.
31. Stilwell B, Greenfield S, Drury M, et al. A nurse practitioner in general practice: working style and pattern of consultation. *J R Coll Gen Pract* 1987; 154 - 7.
32. Henderson VA. Preserving the essence of nursing in a technological age. *The nursing lecture 1979* (RCN). *Nursing Standard* 1979; 119: 5.
33. Anonymous. Nursing in general practice in the re-organised National Health Service. *J R Coll Gen Pract* 1975; 25: 593 - 5.
34. Cunningham DJ, Bevan JM, Floyd CB. The role of the practice nurse from the patient's point of view. *Community Med* 1972; 128: 534 - 8.
35. Hasler JC, Greenland AS, Jacka SM, et al. Training for the Treatment-room Sister in General Practice. *Br Med J* 1972; 1: 232 - 4.
36. Miller DS, Backett EM. A new member of the team ? Extending the role of the nurse in British primary care. *Lancet* 1980; ii: 358 - 61.
37. Mourin K. The role of the practice nurse. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 75 - 7.
38. Mourin K. A practice nurses' course-content and evaluation. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 78 - 84.
39. Ellis P, Kelly M. Training practice nurses for prevention. *J R Coll Gen Pract* 1987; 298: 221 - 2.
40. Royal College of Nursing. Training Needs of practice nurses. Report of the steering group. London: Royal College of Nursing, 1984.
41. Department of Health and Social Security. Neighbourhood nursing: a focus for care. Report of the Community Nursing Review. (The Cumberlege Report). London: HMSO, 1986.
42. Stilwell B, Drury M. Description and evaluation of a course for practice nurses. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 203 - 6.
43. Secretaries of State for Social Services, Wales, Northern Ireland, Scotland. Promoting better health. (Cm 249) London: HMSO, 1987.
44. Robinson G. The future for practice nurses. *Br J Gen Pract* 1990; 333: 132 - 3.
45. Drury M, Kuenssberg EV. Inquiry into administrative activities in General Practice. *Br Med J* 1970; 4: 42 - 4.
46. Fullard E, Fowler G, Gray M. Facilitating prevention in primary care. *Br Med J* 1984; 89: 1585 - 8.
47. Fullard E, Fowler G, Gray M. Promoting prevention in primary care: controlled trial of low technology, low cost approach. *Br Med J* 1987; 294: 1080 - 2.
48. Bowling A. Delegation in General Practice. A study of doctors and nurses. Tavistock Publications Ltd. London, 1981.
49. Bowling A. Nurses in the primary care team. *Lancet* 1980; ii: 590.
50. Copeman JP, Van Zwanenberg TD. Practice receptionists: poorly trained and taken for granted ? *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 14 - 6.
51. Anderson R, Steel R. The general practitioner and the receptionist. *The Practitioner* Nov. 1979: 603 - 8.
52. Mulroy R. Ancillary staff in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1974; 24: 358 - 61.
53. Warden J. Rise of the nurse practitioner. *Br Med J* 1988; 6634: 1478.
54. Salisbury CJ, Tetterzell MJ. Comparison of the work of a nurse practitioner with that of a general practitioner. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 314 - 6.
55. Stilwell B. Health education: Opportunities in general practice the Nurse Practitioner. *Nursing Mirror* 1985; 19: 30 - 1.
56. Drury M, Greenfield S, Stilwell B, et al. A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *J R Coll Gen Pract* 1988: 503 - 5.
57. Stilwell B. Prevention and health: the concern of nursing. *J R Soc Health* 1985; 1: 31 - 4.

58. Nijland A, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, et al. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. Huisarts Wet 1991; 34 (11)
59. Anoniem. Opleidingsleerplan-AG (deel 3) Indigo reeks, brochure 223. Enschede: Stichting voor de Leerplan Ontwikkeling, 1984.
60. Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistenten. Utrecht: Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA), 1988.
61. De Haan, J. De doktersassistente; delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
62. Van Ree JW. Assistente en hypertensie bestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49 - 53.

9. Slotbeschouwing

Op grond van de uitkomsten van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het beroep van 'doktersassistente' een opmerkelijke ontwikkeling heeft doorgemaakt. Begonnen als 'hulpje van de dokter' zonder duidelijk omschreven taak, heeft zij zich ontwikkeld tot een gediplomeerde 'paramedische partner', met een eigen visie op haar functioneren. Nochtans bestaan er grote verschillen tussen doktersassistenten in de uitoefening van hun beroep.

De eerste en de vierde vraagstelling luiden: Welke verrichtingen worden door de assistente uitgevoerd in de huisartspraktijk en welke verrichtingen zou de assistente willen uitvoeren; Hoeveel assistente-patiënt contacten hebben plaatsgevonden in de Nationale Studie en welke morbiditeit betreft het ?

De van oudsher bekende taken - met name op het gebied van intake en administratie - heeft de assistente behouden. Uit de enquêtes blijkt dat meer dan 90 procent van de doktersassistenten regelmatig intake-functies verricht (hoofdstuk 3 en 4), adviezen geeft bij veel voorkomende klachten, spreekuren plant, vervolgafspraken maakt, patiëntenadministratie verzorgt, herhaal-recepten en verwijzingskaarten uitschrijft en het onderhoud van het medisch instrumentarium verzorgt (zie tabellen op pag. 43 en pag. 57). De resultaten van de enquêtes, gehouden onder twee verschillende groepen dokters-assistenten, zijn, wat dit betreft, consistent of vertonen grote overeenkomst. Wel blijkt al enigszins de invloed van de factor diplomering van de assistente. De overwegend gediplomeerde dokters-assistenten op het NVDA congres scoorden op alle taken hoger, met uitzondering van enkele computer-items. De mate waarin de nederlandse huisartspraktijk is geautomatiseerd kan afgelezen worden aan de relatief lage percentages voor de computer-items.

Duidelijk is naar voren gekomen een grote inter-assistente variatie met betrekking tot medisch-technische, patiënt-voorlichtende en management taken, waaruit valt af te leiden dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van deze functies. 'Hechtingen verwijderen' werd gedaan door 47 procent van alle (gediplomeerde en ongediplomeerde) assistentes (maar door 65 procent van de gediplomeerde assistentes); venapuncties werden verricht door 43 procent (gediplomeerden: 60 procent); oren uitspuiten door 40 procent (gediplomeerden: 56 procent); verhoogde bloeddruk controles door 33 procent (gediplomeerden: 43 procent) en wratten aanstippen met vloeibaar stikstof door 27 procent (gediplomeerden: 43 procent). Dat 'lengte of gewicht meten' slechts door 29 procent regelmatig wordt gedaan, is waarschijnlijk een reflectie van de mate waarin systematische preventieve activiteiten plaats vinden in de huisartspraktijk en is niet indicatief voor de mate van taakdelegatie. Ook de mate van automatisering zal hierbij een rol spelen. Hetzelfde geldt voor de patiënt-voorlichtende taken die relatief laag scoorden: slechts 40 procent geeft regelmatig voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen en 60 procent geeft regelmatig dieet adviezen. Dezelfde samenhang met preventie wordt gezien bij de 17 procent van de

doktersassistenten die regelmatig patiënten uit risico-groepen oproepen voor controle.

In de drie maanden registratie hebben de praktijkassistenten ruim 92000 contacten met patiënten geregistreerd. Dit betekende 23 procent van het totale aantal geregistreerde contacten door huisarts en assistente samen. Het aandeel van de assistente is echter groter, ongeveer één-derde van alle patiënt-huispraktijk contacten, aangezien in de Nationale Studie tijdens de 2e, 3e en 4e periode slechts gedurende de helft van de tijd de herhaalreceptuur is geregistreerd.

Naast alles wat geregistreerd werd, dient evenwel ook genoemd te worden wat niet werd geregistreerd. Ondersteuning van de huisarts (met name door de partner) betekent niet altijd dat ook zelfstandige contacten met patiënten plaatsvinden. Over deze vorm van assistentie zijn geen gegevens verzameld. De verrichtingen die voortvloeiden uit een huisarts-patiënt contact behoeften in het kader van de Nationale Studie niet te worden geregistreerd door de assistente. Het ging uitsluitend om de zelfstandig afgehandelde contacten. De telefonische contacten voor het maken van een afspraak of het aanvragen van een visite behoeften evenmin te worden geregistreerd. Uit onderzoek is gebleken dat deze twee redenen 70 procent van alle redenen vormen om te bellen met de assistente. De meest gedelegeerde taak en tevens de meest ondergewaardeerde taak is ongetwijfeld het 'opnemen van de telefoon'. 32 Procent van de geregistreerde contactredenen werd telefonisch aangeboden. De gepresenteerde verrichtingengetallen voor diagnostische en behandelingsverrichtingen zouden derhalve belangrijk hoger zijn uitgevallen, indien de telefonische contacten buiten beschouwing zouden zijn gelaten. Voor alle diagnostische verrichtingen en de meeste behandelingsverrichtingen is immers een vis-à-vis contact noodzakelijk.

De meest frequent door de assistente geregistreerde verrichting was het uitschrijven van een herhaalrecept. Het voorschrijven van een nieuw recept volgde daarop in frequentie. De herhaalreceptuur werd in circa éénderde van de gevallen telefonisch afgehandeld. Het is in het belang van zowel de patiënt als de kwaliteit van de praktijkvoering van de huisarts dat het herhalen van recepten niet via de telefoon plaatsvindt.

In 10 procent van alle contactredenen werd door de assistente een nieuw medicijn voorgeschreven. In hoeverre de huisarts het door de assistente uitgeschreven herhaalrecept en het uitgeschreven nieuwe recept controleert, alvorens het te ondertekenen, is niet onderzocht. De huisarts is hier wel toe verplicht. In Groot-Brittannië wordt momenteel de mogelijkheden onderzocht de practice nurse de bevoegdheid te geven een aantal standaardrecepten zelfstandig uit te schrijven.

Wordt er door de assistente, via balie - of telefonisch contact, geen recept uitgeschreven, dan schrijft ze een verwijskaart uit of is bezig met urine onderzoek of een medisch-technische verrichting. Het geven van injecties, wondverzorging en het uitspuiten van een oor zijn de belangrijkste medisch-technische verrichtingen.

In ruim 18 procent van de contacten werden zelfstandig patiënt-gebonden verrichtingen door de assistente geregistreerd. Worden de telefonische contacten buiten beschouwing gelaten, dan bleek in 1 op de 4 contacten sprake van een patiënt-gebonden verrichting. De

mate van taakdelegering hangt ten nauwste samen met de patiënt-gebonden verrichtingen.

Bijna de helft van de assistenten blijkt hun takenpakket te willen uitbreiden. Veel assistenten zeiden meer medisch-technische werkzaamheden zelfstandig te willen uitvoeren, met name op het terrein van secundaire preventie (bloeddrukcontrole, uitstrijkje). Hiervoor ontbreekt echter de tijd, mede a.g.v. de 0,8 aanstelling (hoofdstuk 3).

Ook de huisartsen gaven aan meer te willen delegeren, maar in de dagelijkse praktijk zijn er factoren die dat belemmeren. Zij waren van oordeel dat zij, wanneer belemmeringen als tijd, ruimte en financiën opgeheven zouden worden, zeker tweemaal zoveel taken aan de assistente zouden delegeren (hoofdstuk 7).

Eigenlijk zouden artsen alle taken moeten delegeren die even goed of beter kunnen worden gedaan door werkers met een kortere opleiding. Als belangrijkste criterium is naar voren gebracht dat de taken goed omschreven moeten zijn. Hiervan uitgaand wordt de stelling verdedigd dat alle vaststaande methoden van onderzoek en behandeling binnen nadere restricties voor delegatie in aanmerking komen en dat voorts initiatief kan worden gedelegeerd in de zin van "the application of prescribed remedies for predicted problems".

Delegatie kan alleen doelmatig zijn als een bepaalde taak regelmatig voorkomt. Duidelijk is ook geworden aan welke andere voorwaarden moet worden voldaan, wil het delegeren van taken op verantwoorde wijze gebeuren (hoofdstuk 2.6.2). Eveneens is inzicht verkregen in de praktijkorganisatorische maatregelen noodzakelijk voor de uitvoering van de delegatie (hoofdstuk 2.6.3).

Uit de literatuur bleek voorts dat er een goede acceptatie van de patiënt is voor het inschakelen van speciaal opgeleide hulpkrachten in de huisartspraktijk en dat er een grote acceptatie is voor eenvoudige medisch-technische verrichtingen als verband wisselen, injecties geven, bloeddruk meten, en dergelijke. De Haan vond voor sommige verrichtingen een positieve correlatie tussen de mate van ervaring met de assistente en de mate van acceptatie door de patiënt (hoofdstuk 2.6.5).

In ons land zou het motief om te delegeren vooral zijn gelegen in de mogelijkheid om efficiënter gebruik te maken van de opleiding en in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. In de literatuur worden ook andere motieven genoemd om de assistente meer in te schakelen, zoals vermindering van de belasting van de huisarts met routine handelingen; er komt meer tijd vrij, zodat de arts zijn/haar werk kan doen op een kwalitatief beter niveau en de huisarts zich ook meer kan gaan bezighouden met preventie en begeleiding van chronisch zieken.

De praktijkassistente kan een belangrijke rol spelen in de systematische preventieve zorg. Ze kan bloeddruk controles verrichten, patiënten met diabetes, adipositas en hypercholesterolemie begeleiden en ze kan immunisatie programma's uitvoeren. Zij kan al of niet op een aparte 'preventiekaart' een risicoprofiel maken van de patiënt en een signalerings- en bewakingssysteem bijhouden voor patiënten met een verhoogd risico. Indien men wil bewerkstelligen dat de huisarts meer aan systematische preventie doet, zal men hem moeten stimuleren hiervoor gekwalificeerd personeel aan te trekken.

Extra assistentie lijkt veelal noodzakelijk. Anderzijds geldt ook dat in veel gevallen effectiever gebruik gemaakt kan worden van reeds aanwezige assistentie. Zolang echter de gediplomeerde, full-time werkende doktersassistente veel meer geld kost dan in de post "assistentie" van het kostenbudget wordt vergoed, ontbreekt voor de huisarts een belangrijke prikkel zich te verzekeren van meer en (beter) opgeleide assistentes.

Met voorbijzien van die taken die al door het merendeel van de assistentes worden verricht, zouden de volgende taken in aanmerking komen om aan de doktersassistente te delegeren: voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen (diabetes, hypertensie, cara); geven van dieet adviezen; het oproepen van patiënten uit risicogroepen; aanleggen of verwisselen van verbanden; lengte of gewicht meten; venapuncties; bepalen Hb gehalte en bloedglucose; inzetten + aflezen BSE; oren uitspuiten; gehoortest uitvoeren met audiometer; microscopisch onderzoek van fluor vaginalis; baarmoeder-mond-uitstrijkjes maken; wondjes hechten; hechtingen verwijderen; pilcontroles; verhoogde bloeddruk controles; wratten aanstippen met vloeibaar stikstof; ECG's maken; longfunctie onderzoek met peak-flow meter; allergie test uitvoeren; anamnese opnemen; typen verwijsbrieven; computer taken. Deze gedelegeerde (deel-) taken zullen dan in de vorm van een protocol of 'delegatie-model' beschikbaar moeten komen voor de doktersassistente.

Rutten en Beek toonden aan dat huisartsen de afhandeling van consulten voor hoestklachten in de meerderheid van de gevallen kunnen overlaten aan hun assistente (hoofdstuk 2). De richtlijnen in het door hen opgestelde hoestprotocol waren goed uitvoerbaar voor de doktersassistente.

De medische zorg bij hypertensie is bij uitstek geschikt om gedelegeerd te worden, omdat de verschillende deeltaken goed te omschrijven zijn. Dit geldt zowel voor de begeleiding als voor de opsporing van hypertensie. Van Veen beschrijft een protocol dat de assistente kan volgen bij de screening op hypertensie (hoofdstuk 2).

Naast hypertensie controle valt ook te denken aan de bewaking van andere chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus. In dit kader bespreekt Rutten welke deeltaken aan de assistente gedelegeerd kunnen worden. In 'Van A tot Z; van alvleesklier tot zelfcontrole' verzorgt de Stichting O&O een vraag-baak voor praktijkassistenten. Hierin worden naast achtergrondinformatie, informatie over diagnostiek, behandeling, controle, begeleiding, voorlichting en organisatie van de zorg, criteria voor de inschakeling van de arts door de assistente besproken. In het onderzoek van De Haan verrichtte de assistente zelf-standig diabetes mellitus controles.

De Haan bespreekt in zijn proefschrift delegatie-modellen voor acht categorieën contactredenen: luchtweginfecties; huidaandoeningen (excl. wratten); wratten; ongevallen; hypertensie; pilcontrole; doofheid, verstopt oor; diabetes.

Het maken van een cervixuitstrijk werd als methode van onderzoek door Bruins & Weisz voorgesteld voor delegatie aan de assistente (hoofdstuk 2.6.4). Gebleken is dat deze taak goed door de praktijkassistente kan worden uit-gevoerd (hoofdstuk 2.6.4).

De tweede en derde vraagstelling luiden: Welke factoren zijn van invloed op de mate van inschakelen van de doktersassistente; Zijn er aanbevelingen te geven op grond van de onderzoeksresultaten die een adequater inschakelen van de doktersassistente kunnen bevorderen ?

De belangrijkste factoren die samenhangen met de mate van taakdelegering aan de assistente zijn: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, het gediplomeerd zijn van de assistente en de praktijkvorm waarin zij werkzaam is. Ook het hebben van een schriftelijke arbeidsovereenkomst lijkt samen te hangen met de mate van taakdelegatie, evenals het aantal gewerkte uren door de assistente.

Hierbij is een zekere trend duidelijk geworden. M.n. in samenwerkingsverbanden van huisartsen zijn gediplomeerde praktijkassistenten werkzaam, waar hun een schriftelijke arbeidsovereenkomst en betaling volgens de KNMG-richtlijnen wordt geboden en zij de beschikking hebben over een eigen werk-ruimte. In de laatste 20 jaar is het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen werkzaam in een samenwerkingsverband gestegen van 13,6 naar 46,5 procent. Verwacht mag worden dat deze trend zich de komende jaren zal voortzetten met als gevolg dat de praktijkassistente meer taken zelfstandig gaat verrichten.

Een beleid met daarin stimuleringspremies voor samenwerkingsverbanden van huisartsen is een belangrijke voorwaarde om taakdelegatie in de Nederlandse situatie te stimuleren. Ook de automatisering van de huisarts-praktijk en de implementatie van systematische preventieve activiteiten zal hierdoor worden gefaciliteerd. Waar meerdere artsen/disciplines onder één dak zijn, is het ook financieel eenvoudiger om een computer aan te schaffen en de behoefte om te automatiseren is mogelijk groter.

Voor het delegeren van werkzaamheden aan de assistente is een eigen werkruimte voor haar noodzakelijk. Met name in samenwerkingsverbanden is het (financieel) gemakkelijker om een eigen werkruimte voor de praktijk-assistente te realiseren.

Een andere beleidslijn dient zich te richten op de factor 'diplomering' van de assistente. Slechts de helft van de geënquêteerde assistenten bleek gediplomeerd te zijn als 'doktersassistente' en slechts 60 procent van de geënquêteerde huisartsen gaf aan samen te werken met een gediplomeerde assistente. Geconcludeerd mag dan ook worden dat één van de belangrijkste randvoorwaarden m.b.t. taakdelegatie, het verbeteren van de deskundigheid en vaardigheden van deze belangrijkste medewerkster van de huisarts betreft. Het verdient aanbeveling om alleen maar gediplomeerde assistenten aan te nemen om op die manier het rendement van de opleiding voor doktersassistente te verhogen. Tevens dient hiermee rekening te worden gehouden bij de financieringsstructuur, bijvoorbeeld door voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen.

In dit verband mag van groot belang worden genoemd dat de overheid opdracht heeft gegeven aan het SOGW (Sectoroverleg Onderwijs Gezondheids-zorg en Welzijn) beroeps-profielen en opleidingsprofielen te laten opstellen, ten einde de aansluiting van het onderwijs op de beroepspraktijk te verbeteren. Hiermee wordt de basis gelegd voor een uniform

opleidingsniveau van de doktersassistente. Hetgeen een belangrijke voorwaarde is in het streven om te komen tot een uniform takenpakket van de doktersassistente. Aangezien het beroep van doktersassistente sterk in beweging is, zullen in de toekomst zeker aanpassingen nodig zijn in het beroeps- en opleidingsprofiel. Hierbij is in de eerste plaats te denken aan delegatie van taken van de arts aan de doktersassistente.

Een uitbreiding van de taken van de praktijkassistente past goed in het door NHG en LHV gepropageerde standaardenbeleid. Het logisch gevolg van standaardisering is meer delegeren. In dit kader zou het NHG een rol kunnen spelen door in de standaarden aan te geven welke (deel-) taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Naast standaarden voor de huisarts zouden er ook standaarden of delegatie-modellen voor de praktijkassistente kunnen worden opgesteld.

Duidelijk is geworden dat de assistente over een ruime ervaring beschikt en dat zij relatief honkvast is in haar functie. Voor het vaststellen van de hoogte van de kostenpost 'assistentie' in het kostenbudget voor de huisarts, wordt uitgegaan van een vergoeding voor een vierdejaars doktersassistente en van een aanwezigheid van gemiddeld 4,3 uur per werkdag (normpraktijk). Nu blijkt dat 'de' doktersassistente meer ervaring heeft en langer werkt, lijkt een herziening van de post 'assistentie' in het kostenbudget van de huisarts aangewezen. De LHV zou in veel sterkere mate een betere honoreringsstructuur voor de assistente moeten bepleiten.

Een relatief groot aantal assistenten (eenderde) beschikte niet over een schriftelijke arbeidsovereenkomst en een aanzienlijk deel werd niet betaald volgens de richtlijnen van de KNMG. De positie van de praktijkassistente lijkt slechts langzamerhand geprofessionaliseerd te worden. Het zou kunnen dat de post 'onkosten voor assistentie' nogal eens gebruikt wordt voor het sluitend maken van de begroting in de huisartspraktijk.

Niet alleen verdient het aanbeveling om voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen, ook verdient het aanbeveling het onkostenvergoedings-systeem te koppelen aan de werkelijk gemaakte kosten voor 'assistentie'. Hierdoor kan worden gestimuleerd dat gediplomeerde assistenten worden aangesteld en betaling volgens de KNMG richtlijnen plaats vindt. Het in aanmerking komen voor vergoeding van gemaakte kosten voor 'assistentie' kan eveneens afhankelijk worden gemaakt van het aanwezig zijn van een schriftelijke arbeidsovereenkomst.

Voor de grote groep doktersassistenten werkzaam in solo-, duo- en groepspraktijk is nog steeds geen CAO gerealiseerd. Nu de huisartsgeneeskunde de laatste twee decennia een hoge vlucht heeft genomen, mede door het invoeren van de beroepsopleiding voor huisarts, lijkt het tijd geworden de positie van de praktijkassistente verder te professionaliseren: rechtspositioneel en beroepsinhoudelijk.

Niet is bekend in hoeverre de huisarts op de hoogte is van de eindtermen van de officiële opleidingen tot doktersassistente. Aan het delegeren van taken zou in de huisartsen-opleiding meer aandacht besteed kunnen worden. In Groningen is als uitvloeisel van dit project een onderwijsprogramma voor de beroepsopleiding tot huisarts dienaangaande

ontworpen.

Naast de (na-) scholing van de huisarts (in opleiding) verdient het aanbeveling de aandacht te richten op de bij- en nascholing van de gediplomeerde assistente. Verschillende vormen van bijscholing worden verzorgd door de Ned. Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA). Bijscholing van assistente en huisarts samen, zoals af en toe op NHG congressen plaatsvindt, is hierbij een mogelijkheid.

De vijfde vraagstelling luidde: Hoe denkt de nederlandse huisarts over het delegeren van taken aan de doktersassistente ?

De nederlandse huisarts is bereid tot delegeren van taken aan de praktijkassistente. Maar liefst 83 procent van de huisartsen zegt positief te staan tegenover delegeren. De huisartsen willen blijkbaar wel (meer) delegeren, maar in de dagelijkse praktijk zijn er factoren die dat belemmeren. De meest belemmerende factor blijkt tijdgebrek van de assistente te zijn. De assistentes gaven dit zelf ook al aan. Om dit te veranderen moet er per huisarts meer assistentie komen. Dat de artsen daar precies zo over denken blijkt wel; meer dan de helft van hen zou meer assistentie nemen bij een reële vergoeding. Indien in Nederland eenzelfde onkostenvergoeding getroffen zou worden als in Engeland, zou zelfs 70 procent van de huisartsen, die 'tijdgebrek van de assistente' als belemmerende factor noemen, extra assistentie nemen. Ook uit de huisartsen-enquête komen dezelfde factoren naar voren, die samenhangen met de mate van taakdelegering aan de assistente. Hoewel de artsen in de verschillende praktijkvormen dezelfde opvatting hebben t.a.v. taakdelegatie, blijken de artsen in solo- of duopraktijk aanzienlijk minder te delegeren dan hun collegae in groepspraktijk en gezondheidscentrum. Naast een mogelijk verschil in persoonlijkheidsstructuur, is gewezen op de mogelijkheid dat de huisartsen, die in een breder samenwerkingsverband werken, meer gewend zijn aan overleg en aan zaken uit handen geven. Dat de houding van de huisarts ten aanzien van delegeren van weinig invloed lijkt op wat feitelijk aan de assistente wordt gedelegeerd, mag opmerkelijk genoemd worden. Blijkbaar wordt de mate, waarin de assistente wordt ingeschakeld, bepaald door meer concrete factoren, zoals diplomering van de assistente, een eigen werkruimte voor de assistente en de praktijkvorm waarin zij werkzaam is (hoofdstukken 5, 6 en 7). Aan de hand van deze uitkomsten kan men stellen dat het delegeren van taken aan de assistente een reële oplossing zou kunnen zijn voor de huisarts om de toenemende werkdruk te verlichten en verdere praktijkverkleining niet noodzakelijk is.

In Groot-Brittannië gaf een sterke uitbreiding van het takenpakket van de practice nurse tevens een verschuiving te zien in de richting van die werkzaamheden die voorheen het exclusieve recht van de dokter waren. Hier echter geldt dat het ontbreken van een specifiek opleidingsprofiel mede verantwoordelijk is voor een grote inter-nurse variatie m.b.t. het takenpakket. Het gegeven dat de practice nurse onvoldoende opgeleid de haar toevertrouwde taken verricht, is eveneens een mogelijk gevolg daarvan. De positie van de practice nurse aan

het begin van de jaren tachtig vertoont overeenkomst met de huidige rol van de gediplomeerde praktijkassistente, althans voor wat betreft haar medisch-technische functie. Verwacht wordt dat de huisarts meer gebaat is bij meer assistentie dan bij een nieuwe functionaris naar brits model.

Concluderend kan worden gezegd dat taakdelegatie aan de assistente, onder supervisie van de huisarts, met behulp van delegatie-modellen, kan leiden tot een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en een mogelijk hogere kosteneffectiviteit van de zorg. Hiertoe dient de samenwerking van huisartsen en het vormen van samenwerkingsverbanden van huisartsen krachtig te worden gestimuleerd. Voor de huisarts dienen hiertoe financiële prikkels te worden ingebouwd (hogere vergoeding voor alleen gediplomeerde assistentes, stimuleringspremies voor samenwerkingsverbanden). Doordat de voldoening in het werk van de huisarts zal toenemen, is het niet onwaarschijnlijk dat een lager percentage burn-out onder de huisartsen zal worden bereikt. Voor het voortgaande proces van professionalisering is het van groot belang dat de lopende onderhandelingen tussen LHV en NVDA worden afgesloten met een CAO voor doktersassistenten. Een grote uitdaging voor de komende jaren is gelegen in het implementeren van bestaande delegatie-modellen, het aangeven in de NHG standaarden welke (deel-) taken kunnen worden gedelegeerd en het implementeren hiervan en nader onderzoek naar andere specifieke taken die in aanmerking komen voor delegering aan de praktijkassistente.

10. Samenvatting

Voor de huisarts is de belangrijkste medewerker de doktersassistente. Het beroep van doktersassistente is sterk in beweging en verwacht mag worden dat de jaren negentig een verdere ontwikkeling van het beroep van doktersassistente te zien zullen geven. De taakverdeling tussen de huisarts en de doktersassistente is een onderwerp dat de laatste tijd erg in de belangstelling staat. Er zijn aanwijzingen dat het systematisch inschakelen van de doktersassistente een verbetering van de kwaliteit van de zorg kan betekenen.

Bruins & Weisz opperden in 1976 dat artsen eigenlijk alle taken zouden moeten delegeren, die even goed of beter kunnen worden gedaan door werkers met een kortere opleiding. Door Van Ree, Smilde en De Haan is aangetoond dat de doktersassistente een wezenlijk aandeel kan leveren in de behandeling en begeleiding van patiënten. Het is dan ook van belang meer inzicht te krijgen in het functioneren van de doktersassistente en aanbevelingen te doen voor een adequatere delegatie in de huisartspraktijk.

Het onderzoeksproject "Verrichtingen door de doktersassistente" is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Dit onderzoeksproject maakt deel uit van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (NIVEL); een door het Ministerie van WVC gesubsidieerd onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Aan deze studie hebben 103 huisartspraktijken met 161 gevestigde huisartsen en 177 doktersassistenten deelgenomen. Voornoemde huisartspraktijken registreerden in vier achtereenvolgende groepen van gelijke grootte gedurende drie maanden in het tijdvak 1 april 1987 - 31 maart 1988 gegevens over alle contacten met patiënten. De materiaalverzameling heeft geleid tot de registratie van 386.000 contacten tussen patiënt en huisartspraktijk. De praktijkassistente nam hiervan 23,8 procent voor haar rekening, met een totaal van ruim 92.000 assistente-patiënt contacten.

In aansluiting op de registratie werden assistenten schriftelijk geënquêteerd (najaar 1988). Tevens werd een enquête gehouden op het 16e jaarlijkse congres van de Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA) in april 1989.

Op basis van de gegevens uit de doktersassistenten-enquête is een "delegatie-index" ontworpen. In de index zijn vijf werkzaamheden opgenomen: venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, hypertensie controles en wratten aanstippen met vloeibaar stikstof. Voor het valideringsonderzoek is eveneens dezelfde index, gebaseerd op gegevens uit de contactregistratie, geconstrueerd. Door de koppeling van deze index aan data-bestanden van de Nationale Studie werd het mogelijk inzicht te krijgen in de factoren, die van invloed zijn op de mate van inschakelen van de doktersassistente.

Voorts werd een enquête gehouden onder een aselechte, niet-proportionele steekproef van de Nederlandse huisartsen, waarvan alle huisartsen, die aan de Nationale Studie hadden deelgenomen, deel uitmaakten. Naast vragen over de feitelijke situatie van de assistente, is

gekeken naar de opvattingen en wensen die bij huisartsen leven t.a.v. de functie-inhoud van de assistente.

In hoofdstuk 2 worden de resultaten beschreven van een literatuur onderzoek. Aanvankelijk was de assistente een hulpje van de dokter zonder een duidelijk omschreven taak. In 1963 werd de Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA) opgericht. In het rapport "Beroepsprofiel van de doktersassistenten" (1988) schrijft de NVDA dat de veranderingen binnen de gezondheidszorg van invloed zullen zijn op het takenpakket van de doktersassistente. In gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden, als groeps-praktijken, kon de doktersassistente een veel zelfstandiger rol gaan spelen.

Om de aansluiting van de opleidingen tot doktersassistente op de beroepspraktijk te verbeteren heeft de overheid aan het Sectoroverleg Onderwijs Gezondheidszorg en Welzijn (SOGW) opdracht gegeven beroepsprofielen en beroepsopleidingsprofielen te laten opstellen. Het streven hierbij is te komen tot een uniform opleidingsniveau van de doktersassistente.

Eigenlijk zouden artsen alle taken moeten delegeren die even goed of beter gedaan kunnen worden door werkers met een kortere opleiding. Als belangrijkste criterium wordt naar voren gebracht dat de taken goed omschreven moeten zijn.

Er is een grote acceptatie door de patiënten van eenvoudige medisch-technische taken uitgevoerd door de doktersassistente. Voor diagnostische functies van de assistentes bestaat doorgaans een lagere acceptatie.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van de analyse van de schriftelijke enquête onder de doktersassistenten van de Nationale Studie.

De doktersassistente blijkt een vrouw van 33 jaar, ruim 8 jaar werkzaam als doktersassistente en ruim 6,5 jaar bij haar huidige werkgever in dienst. In de niet-apotheekhoudende normpraktijk heeft zij een 0,8 aanstelling (Apotheekhoudende praktijken: 1,04 FTE - full-time equivalent). De helft van de praktijkassistenten bleek gediplomeerd als 'doktersassistente'. Tweederde van de praktijkassistenten had een schriftelijke arbeids-overeenkomst, werd betaald volgens de richtlijnen van de KNMG en beschikte over een eigen werkruimte voor het zelfstandig kunnen behandelen van patiënten tijdens het spreekuur van de huisarts. In groepspraktijken en gezondheidscentra was het percentage gediplomeerde assistentes hoger dan in solo- en duopraktijken. 14 Procent van de respondenten waren meewerkende partners; ruim drie-kwart van hen werkte in een solopraktijk.

De meest gedelegeerde taak is "het opnemen van de telefoon". De meeste werkzaamheden van de praktijkassistente liggen op het gebied van de intake en administratie. Ten aanzien van de medisch-technische taken bestaat een grote inter-assistente variatie.

Veel assistenten zeiden meer medisch-technische werkzaamheden te willen uitvoeren, met name op het terrein van secundaire preventie. Hiervoor ontbreekt echter de tijd, mede als gevolg van de 0,8 aanstelling.

In hoofdstuk 4 staan de resultaten vermeld van een op het NVDA-congres van april 1989 gehouden schriftelijke enquête. 477 Doktersassistenten vulden de enquête in. Ruim driehonderd enquêtes werden ingevuld door dokters-assistenten werkzaam in een huisartspraktijk. In grote lijnen komen de resultaten overeen met de in het vorige hoofdstuk beschreven resultaten. Van de onderzochte groep doktersassistenten bleek ruim 85 procent in het bezit te zijn van een door de KNMG erkend diploma. Dit hoge percentage hangt samen met het feit dat de NVDA het congres heeft georganiseerd en alleen gediplomeerde doktersassistenten lid kunnen zijn van de NVDA.

Hoofdstuk 5 handelt over "Determinanten van delegeren". De belangrijkste factoren, die een samenhang vertonen met de mate van taakdelegering aan de assistente zijn: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, de praktijkvorm waarin zij werkzaam is, het gediplomeerd zijn van de praktijkassistent en een al dan niet schriftelijke arbeidsovereenkomst voor de assistente.

De gediplomeerde assistente onderscheidt zich doordat zij vele, veelal medisch-technische taken, gedelegeerd krijgt. De niet-gediplomeerde assistente krijgt m.n. administratieve taken gedelegeerd. Het uitschrijven van herhaalrecepten gebeurt door bijna iedere assistente. Aan assistentes, die meer dan 15 uur per week werkzaam zijn, wordt meer gedelegeerd. In groepspraktijken en gezondheidscentra bleek vaker een gediplomeerde praktijkassistent te werkgesteld dan in de solo- of duopraktijk. Tevens gaven deze praktijkassistenten aan vaker over een schriftelijke arbeidsovereenkomst te beschikken dan hun collegae in solo/duopraktijk. De huisarts, werkzaam in een samenwerkingsverband, delegeert meer, waarbij meespeelt, dat deze huisarts omringd is door gediplomeerde praktijkassistenten. Noch de leeftijd of het geslacht, noch het aantal jaren beroepservaring van huisarts of praktijkassistent, is van invloed op de mate van inschakelen van de praktijkassistent. Het meer delegeren gaat samen met meer voldoening in het werk.

In hoofdstuk 6 worden kwantitatieve gegevens gepresenteerd, gebaseerd op de contactregistratie in de Nationale Studie. In totaal werden van 58574 patiënten, 92514 contacten met 106529 contactredenen geregistreerd door de assistenten. Dit betekende 23 procent van het totale aantal geregistreerde contacten door huisarts en assistente samen. Per doktersassistent werden gemiddeld 576 contactredenen in gemiddeld 500 contacten geregistreerd in drie maanden. Van het totale aantal contactredenen werd 32 procent telefonisch aangeboden.

74 Procent van de contactredenen hield een verzoek om herhaalreceptuur in; in 10 procent van de contactredenen werd één of meer nieuwe recepten uitgeschreven, terwijl in 16 procent van de contactredenen geen medicatie voorkwam.

In 10 procent van de contacten vonden zelfstandig diagnostische verrichtingen plaats, in 9 procent behandelingsverrichtingen (bijna de helft hiervan waren medisch-technische verrichtingen) en in 9 procent vonden administratieve verrichtingen plaats.

De diplomering van de assistente en het kunnen beschikken over een eigen werkruimte bleken de belangrijkste verklarende factoren met betrekking tot de diagnostische en behandelings-verrichtingen.

De gediplomeerde assistente registreerde tweemaal zoveel contactredenen zonder receptuur en onderscheidt zich doordat zij vele, veelal medisch-technische taken gedelegeerd krijgt. Ook met betrekking tot diagnostische verrichtingen scoort de gediplomeerde assistente ruim tweemaal hoger dan de ongediplomeerde assistente, die m.n. administratieve taken gedelegeerd krijgt.

Naarmate een assistente hoger scoort op de delegatie-index, blijkt zij alle in de registratie opgenomen diagnostische taken meer te verrichten. Hetzelfde geldt voor de behandelingsverrichtingen en voor het uitschrijven van (herhalings-) verwijfskaarten, maar niet voor het uitschrijven van de herhaalreceptuur.

Gebruik makend van de delegatie-index zijn de belangrijkste factoren, die samenhang vertonen met de mate van taakdelegering aan de assistente: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, het gediplomeerd zijn van de assistente en de praktijkvorm waarin zij werkzaam is.

Hoofdstuk 7 bespreekt de resultaten van een enquête onder 562 huisartsen. Op grond van de antwoorden van 436 respondenten werd nagegaan hoe de Nederlandse huisartsen denken over het delegeren van taken aan de praktijkassistente en wat de factoren zijn die het delegeren beïnvloeden.

Het bleek dat 99 procent van de artsen iemand in de praktijk had om hem/haar te helpen. Circa tweederde van de huisartsen vond, idealiter bezien, 0,8 FTE assistente onvoldoende voor een niet-apotheekhoudende praktijk. En bij een vergoeding van 70 procent van de kosten voor een assistente tot een maximum van twee FTE per huisarts, zou ruim 60 procent meer assistentie nemen.

Meer dan 80 procent van de huisartsen zei positief te staan tevenover het systematisch delegeren van taken aan de assistente, 6 procent staat er negatief tegenover en de overigen hebben er geen mening over.

Tijdgebrek van de assistente bleek de meest belemmerende factor te zijn om te kunnen delegeren. Daarnaast noemt éénderde van alle artsen het feit dat ze bepaalde werkzaamheden liever zelf doen, een belemmerende factor. Indien alle belemmerende factoren zouden worden weggenomen, dan zouden huisartsen 2 à 3 maal zoveel werkzaamheden delegeren. Driekwart van de huisartsen was het eens met de stelling dat door delegeren een betere taakverdeling wordt bereikt tussen huisarts en praktijkassistente.

In hoofdstuk 8 wordt een beschrijving van de situatie in de Britse huisartspraktijk met betrekking tot hulppersoneel aangetroffen. In deze literatuurstudie is de aandacht gericht op de 'practice nurse'. Een sterke uitbreiding van het takenpakket van de 'practice nurse' gaf een verschuiving te zien in de richting van die werkzaamheden die voorheen het exclusieve

recht van de dokter waren. Het ontbreken van een specifiek opleidingsprofiel is mede verantwoordelijk voor een grote inter-nurse variatie met betrekking tot het takenpakket. Het gegeven dat de 'practice nurse' onvoldoende opgeleid de haar toevertrouwde taken verricht, is eveneens een mogelijk gevolg daarvan.

In hoofdstuk 9 wordt de slotbeschouwing gepresenteerd. Op grond van de uitkomsten van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het beroep van 'doktersassistente' een opmerkelijke ontwikkeling heeft doorgemaakt.

De van oudsher bekende taken - met name op het gebied van intake en administratie - heeft de assistente behouden. De resultaten van de enquêtes, gehouden onder twee verschillende groepen dokters-assistenten, zijn consistent. Duidelijk is naar voren gekomen een grote inter-assistente variatie met betrekking tot medisch-technische, patiënt-voorlichtende en management taken, waaruit valt af te leiden dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van deze functies. In de drie maanden registratie hebben de praktijkassistenten ruim 92000 contacten met patiënten geregistreerd. Dit betekende 23 procent van het totale aantal geregistreerde contacten door huisarts en assistente samen. Het aandeel van de assistente is feitelijk ongeveer één-derde van alle patiënt-huispraktijk contacten, aangezien in de Nationale Studie tijdens de 2e, 3e en 4e periode slechts gedurende de helft van de tijd de herhaalreceptuur is geregistreerd. De meest gedelegeerde taak en tevens de meest ondergewaardeerde taak is ongetwijfeld het 'opnemen van de telefoon'. Bijna één-derde van de geregistreerde contactredenen werd telefonisch aangeboden. De gepresenteerde verrichtingengetallen voor diagnostische en behandelingsverrichtingen zouden derhalve belangrijk hoger zijn uitgevallen, indien de telefonische contacten buiten beschouwing zouden zijn gelaten. Voor alle diagnostische verrichtingen en de meeste behandelingsverrichtingen is immers een vis-à-vis contact noodzakelijk.

De meest voorkomende verrichting van doktersassistenten was het uitschrijven van een herhaalrecept. Het voorschrijven van een nieuw recept volgde daarop in frequentie.

In ruim 18 procent van de contacten werden patiënt-gebonden verrichtingen door de assistente geregistreerd. De mate van taakdelegering hangt ten nauwste samen met de patiënt-gebonden verrichtingen.

Bijna de helft van de assistenten blijkt hun takenpakket te willen uitbreiden. Hiervoor ontbreekt echter de tijd, mede a.g.v. de 0,8 aan-stelling (hoofdstuk 3).

Ook de huisartsen gaven aan meer te willen delegeren, maar in de dagelijkse praktijk zijn er factoren die dat belemmeren. Zij waren van oordeel dat zij, wanneer belemmeringen als tijd, ruimte en financiën opgeheven zouden worden, zeker tweemaal zoveel taken aan de assistente zouden delegeren (hoofdstuk 7).

In ons land zou het motief om te delegeren vooral zijn gelegen in de mogelijkheid om efficiënter gebruik te maken van de opleiding en in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. In de literatuur worden ook andere motieven genoemd om de assistente meer in te schakelen, zoals een vermindering van de belasting van de huisarts met routine handelingen;

er komt meer tijd vrij, zodat de arts zijn/haar werk kan doen op een kwalitatief beter niveau en de huisarts zich ook meer kan gaan bezighouden met preventie en begeleiding van chronisch zieken.

De praktijkassistente kan een belangrijke rol spelen in de systematisch preventieve zorg. Extra assistentie lijkt veelal noodzakelijk. Anderzijds geldt ook dat in veel gevallen effectiever gebruik gemaakt kan worden van reeds aanwezige assistentie.

Een beleid met daarin stimuleringspremies voor samenwerkingsverbanden van huisartsen is een belangrijke voorwaarde om taakdelegatie in de Nederlandse situatie te stimuleren. Ook de automatisering van de huisartspraktijk en de implementatie van systematisch preventieve activiteiten zal hierdoor worden gefaciliteerd. Waar meerdere artsen/disciplines onder één dak zijn, is het ook financieel eenvoudiger om een computer aan te schaffen en de behoefte om te automatiseren is mogelijk groter.

Voor het delegeren van werkzaamheden aan de assistente is een eigen werkruimte voor haar noodzakelijk. Met name in samenwerkingsverbanden is het (financieel) gemakkelijker om een eigen werkruimte voor de praktijk-assistente te realiseren.

Een andere beleidslijn dient zich te richten op de factor 'diplomering' van de assistente. Het verdient aanbeveling om alleen maar gediplomeerde assistenten aan te nemen om op die manier het rendement van de opleiding voor doktersassistente te verhogen. Tevens dient hiermee rekening te worden gehouden bij de financieringsstructuur, bijvoorbeeld door voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen.

In dit verband mag van groot belang worden genoemd dat de overheid opdracht heeft gegeven aan het SOGW (Sectoroverleg Onderwijs Gezondheids-zorg en Welzijn) beroepsprofielen en opleidingsprofielen te laten opstellen, ten einde de aansluiting van het onderwijs op de beroepspraktijk te verbeteren. Hiermee wordt de basis gelegd voor een uniform opleidingsniveau van de doktersassistente.

Een uitbreiding van de taken van de praktijkassistente past goed in het door NHG en LHV gepropageerde standaardenbeleid. Het NHG zou in de standaarden aan moeten geven welke (deel-) taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Naast standaarden voor de huisarts zouden er ook standaarden of delegatie-modellen voor de praktijkassistente kunnen worden opgesteld.

Nu blijkt dat 'de' doktersassistente meer ervaring heeft en langer werkt, dan overeenkomt met de norm in de onkostenvergoeding, lijkt een herziening van de post 'assistentie' in het kostenbudget van de huisarts aangewezen. De LHV zou in veel sterkere mate een betere honoreringsstructuur voor de assistente moeten bepleiten.

Een relatief groot aantal assistenten (eenderde) beschikte niet over een schriftelijke arbeidsovereenkomst en een aanzienlijk deel werd niet betaald volgens de richtlijnen van de KNMG. Niet alleen verdient het aanbeveling om voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen, ook verdient het aanbeveling het onkostenvergoedings-systeem te koppelen aan de werkelijk gemaakte kosten voor 'assistentie'. Hierdoor kan worden gestimuleerd dat gediplomeerde assistenten worden aangesteld en betaling volgens

de KNMG richtlijnen plaats vindt. Nu de huisartsgeneeskunde de laatste twee decennia een hoge vlucht heeft genomen, mede door het invoeren van de beroepsopleiding voor huisarts, lijkt het tijd geworden de positie van de praktijkassistente verder te professionaliseren: rechtspositioneel en beroepsinhoudelijk.

Aan het delegeren van taken zou in de huisartsenopleiding meer aandacht besteed kunnen worden. In Groningen is als uitvloeisel van dit project een onderwijsprogramma voor de beroepsopleiding tot huisarts dienaangaande ontworpen.

Naast de (na-) scholing van de huisarts (in opleiding) verdient het aanbeveling de aandacht te richten op de bij- en nascholing van de gediplomeerde assistente. Verschillende vormen van bijscholing worden verzorgd door de Ned. Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA). Bijscholing van assistente en huisarts samen, zoals af en toe op NHG congressen plaatsvindt, is hierbij een mogelijkheid.

De nederlandse huisarts is bereid tot delegeren van taken aan de praktijkassistente. Maar liefst 83 procent van de huisartsen zegt positief te staan tegenover delegeren. De huisartsen willen blijkbaar wel (meer) delegeren, maar in de dagelijkse praktijk zijn er factoren die dat belemmeren. De meest belemmerende factor blijkt tijdgebrek van de assistente te zijn. De assistentes gaven dit zelf ook al aan. Om dit te veranderen moet er per huisarts meer assistentie komen. Dat de artsen daar precies zo over denken blijkt wel; meer dan de helft van hen zou meer assistentie nemen bij een reële vergoeding. Indien in Nederland eenzelfde onkostenvergoeding getroffen zou worden als in Engeland, zou zelfs 70 procent van de huisartsen, die 'tijdgebrek van de assistente' als belemmerende factor noemen, extra assistentie nemen. Ook uit de huisartsen-enquête komen dezelfde factoren naar voren, die samenhangen met de mate van taakdelegering aan de assistente. Dat de houding van de huisarts ten aanzien van delegeren van weinig invloed lijkt op wat feitelijk aan de assistente wordt gedelegeerd, mag opmerkelijk worden genoemd. Aan de hand van deze uitkomsten kan men stellen dat het delegeren van taken aan de assistente een reële oplossing zou kunnen zijn voor de huisarts om de toenemende werkdruk te verlichten en verdere praktijkverkleining niet noodzakelijk is.

Concluderend kan worden gezegd dat taakdelegatie aan de assistente, onder supervisie van de huisarts, met behulp van delegatie-modellen, kan leiden tot een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en een mogelijk hogere kosteneffectiviteit van de zorg.

11. Summary

Ancillary staff in general practice in The Netherlands consists by and large of one or more (female) practice assistants; though the male GP in a single handed or a dual practice is often supported by his wife, especially after hours during on call duties. The qualified practice assistant is capable of performing a large number of tasks. In recent years delegation of tasks has been given much attention. Literature shows that delegation of tasks to ancillary staff is quite feasible. Little research has been carried out in The Netherlands on the extent of delegation in general practice or on the scope for its expansion. Most delegation studies have been based on individual practices, with the result that little is known about the prevalence or regularity of delegation. This study set out to discover more about practice assistants.

- * Who are they ?
- * What range of tasks do they perform ?
- * Which predictors for task delegation can be identified at practice-assistant level, at practice level and at GP level ?
- * Do the findings support recommendations for a more efficient use of ancillary staff in general practice ?
- * What are general practitioners' attitudes towards delegation ?

The data collection is part of the Dutch National Survey of General Practice, carried out by the NIVEL institute (Netherlands institute of primary health care). The following methods were used for this study: contactregistration form for the GP and a modified one for the practice-assistant; questionnaire for participating general practitioners; questionnaire for participating practice-assistants. Demographic data characterizing the participating practices were also used in the analyses.

A total of 161 general practitioners and 177 practice-assistants in 103 practices, serving 335,000 people participated in the survey. These general practitioners formed a random disproportionate stratified sample of the Dutch GP population. Stratification variables are region, urbanisation level and distance from practice premises to the nearest hospital. The general practitioners were divided into four groups of 40 GP's, which were involved one after the other for three months in the period from 1 April 1987 to 31 March 1988. The GP's and the practice-assistants registered data on all their contacts with patients.

477 Practice assistants attending the annual conference of practice assistants in 1989 (organised by the Dutch Organisation of Practice Assistants - NVDA -) responded to a questionnaire identical to the questionnaire for practice assistants who participated in the National Survey. In addition to personal data and information on place and hours of work the assistants were requested to indicate which tasks they performed on a regular basis. A list with possible tasks was presented. Based on this list of possible tasks a delegation-index was constructed. Variables contained in the index were: venepuncture, ear syringing, suture removal, bloodpressure checks, cauterization of warts (liq. nitrogen).

Every practice-assistant received an individual score on the delegation-index, ranging from 0 to 5, and indicating the extent of task delegation. In case of more than one practice-assistant in the same practice, the highest indexscore was retained as the indexscore for that practice at practice level. Practices without a practice-assistant were given an indexscore of 0. All GP's in the same practice were given the same indexscore, being equal to the indexscore at practice level.

Using the delegation-index (at the three levels of measurement: practice-assistant, practice, GP's) correlations were looked for with characteristics of GP's, of practices and of practice-assistants.

In October/November 1990 a questionnaire was sent to a random sample of general practitioners to examine the extent to which the doctors delegated tasks to the practice assistants and to analyse attitudes towards delegation.

In chapter 2 a review of the literature is presented. Literature shows that delegation of tasks to ancillary staff is quite feasible. Nearly all studies mention that patients highly appreciate the work of the practice-assistant in general practice.

A formal training programme for practice assistants exists since 1947, when it was initiated by a few doctors. For over 25 years these training courses were run by private training institutions. Since 1984 governmental schools offer a three years training programme. Based on the existing training profile the practice-assistant is expected to be self-reliant in many tasks. Tasks performed by practice assistants can be subdivided into five categories.

- A. Receptionist tasks;
- B. Management tasks;
- C. Medico-technical tasks;
- D. Health educational tasks;
- E. Administrative tasks.

Patients' acceptance of the practice assistant is high for simple medico-technical tasks but lower for diagnostic tasks involving decision making skills. Acceptance is usually higher if patients have had exposure to the practice assistant and is also higher if the GP's attitude towards delegation is a favourable one.

In chapter 3 the results of analysis of the questionnaire for participating practice assistants are presented. The questionnaire for practice-assistants was sent to 177 practice-assistants employed in 100 practices. Three practices did not employ ancillary staff. 158 Questionnaires (response 89 per cent), from 92 practices were analysed. All practice-assistants were female and approximately 60 per cent were married. The average age was 33 years (range 17 - 62 yrs; S.D. 9,7). On average the practice-assistant had been working for 8,2 years and had been employed in the same practice for 6,7 years.

Nearly half (N = 75) of the respondents were fully qualified as a practice-assistant; these respondents had been qualified for a mean number of 9 years. The 75 qualified practice-assistants were working in 51 practices (55 per cent of practices). Ten per cent were qualified nurses. Ten percent were qualified pharmacist-assistants, mainly employed in dispensing practices. Ten percent had received some form of paramedical training. Nine percent had received training not related to health care. The remaining ten percent had received no formal occupational education.

Excluding the spouses two-thirds of practice-assistants had a written contract of employment. On average each practice employed 0,8 FTE (Full Time Equivalent) ancillary staff. Dispensing practices employed 1,0 FTE staff.

Two-thirds of practice-assistants had a treatment room at their disposal. Variations in patterns of work emerged, especially with respect to medico-technical activities. Approximately one third of practice-assistants were undertaking home visits with a mean of 1,7 visits a month.

46 Percent of the respondents expressed a wish to extend their role. The vast majority of items mentioned were medico-technical activities: blood pressure checks, surgical dressings of all kind; cervical smears, wound suturing, ear syringing.

The main factors mentioned preventing extension of their role were: lack of time, lack of space, GP's attitude.

The sub-group of wives of GP's, working as practice-assistants, encompassed 14 per cent (N=22) of all practice-assistants. Three of them were qualified practice-assistants. Over three quarters of them were assisting their husband GP in a single-handed practice.

In chapter 4 the results of the analysis of the questionnaire for practice assistants attending the 1989 annual conference for practice assistants are presented. 477 Practice assistants responded. 309 Practice assistants were employed in a general practice setting. 85 Percent of this group were fully qualified. The results presented are similar to those in the previous chapter.

Chapter 5 focusses on predictors of task delegation. The most important factors showing a significant correlation with task delegation are: the availability of a treatment room, the type of practice, and being qualified as a practice-assistant. A significantly higher proportion of qualified practice-assistants had access to a treatment room: 76 per cent versus 56 per cent of unqualified practice-assistants. A higher proportion of qualified practice-assistants had a written contract of employment: 75 per cent versus 39 per cent of unqualified practice-assistants. A higher proportion of qualified practice-assistants were being paid according to official guidelines: 85 per cent versus 53 per cent of unqualified practice-assistants. 'Being qualified as a practice-assistant' alone explained 16 per cent of the variance of the delegation-index. A larger proportion of qualified practice-assistants performed the following tasks: advising patients about common ailments (fever, diarrhoea, cough); giving information

to patients about the results of investigations; giving injections; performing vene punctures for blood sampling; measurement of Hb, blood glucose, ESR; application of suitable dressings; removal of sutures; ear syringing; performing hearing tests (audiometry); blood pressure checks; cauterization of warts; ECG recordings; application of glue to lacerations; biochemical tests on faeces and history taking.

Delegation of tasks to the unqualified practice-assistant is focussed mainly on administrative activities. Writing out repeat prescriptions is done by almost every practice-assistant.

Practice-assistants working more than 15 hours per week scored significantly higher on the delegation-index.

Stepwise, multiple regression analysis revealed four predictors of task delegation: the availability of a treatment room, the type of practice, being qualified as a practice-assistant and a written contract of employment.

The more FTE's ancillary staff employed the higher the delegation. However, one has to take into account that type of practice, list size, FTE's of general practitioners and FTE's of practice-assistants are inter-related. Therefore stepwise, multiple regression analysis was carried out which showed three predictors of task delegation at 'type of practice' level: the availability of a treatment room; the type of practice; qualifications of the practice-assistant. Sub-group analysis was performed to see if the type of practice influenced the [total number and] type of tasks undertaken by the practice-assistants.

The four types of practice were not significantly different as far as the following variables are concerned: years of experience and years of employment of the practice-assistants; working hours per week of the practice-assistants; the availability of a treatment room. Group practices and health centres employed significantly more often a qualified practice-assistant compared to single-handed or dual practices. The range of tasks undertaken by practice-assistants employed in solo practices or dual practices were very similar. Not once was a task significantly more often undertaken by these practice-assistants compared to the practice-assistants in group practices or health centres.

The type of practice in which the GP works and the GP's working style were strongly related to actual delegation of tasks to the practice-assistant. A 'traditional working style' shows a negative correlation with the delegation-index; it entails: not showing feelings of uncertainty to the patient, not calling on colleagues GP's for advice, trying to solve a problem through medication first. The higher the physician's score on medico-technical activities, the higher the delegation. In contrast, the higher the physician's score on the ratio home visits versus patient contacts in the surgery, the lower the delegation to the practice-assistant. Age and sex of the GP and years of experience as a GP did not correlate with the delegation-index.

Stepwise, multiple regression analysis showed four predictors of task delegation at GP-level: the type of practice in which the GP is working, the availability of a treatment room

for the practice-assistant, the employment of a qualified practice-assistant and 'medico-technical activities by the general practitioner.

In chapter 6 data concerning the patient contact registration are presented. 58574 Patients, who had 92514 consultations with the practice assistant, with 106529 reasons for encounter (rfe) were analysed. Of the total number of patient contacts registered by GP's and practice assistants the practice assistant dealt with 23 percent. 32 Percent of rfe's were by phone.

74 Percents of consultations were for repeat prescriptions; in 10 percent of consultations one or more new prescriptions was issued and in 16 percent of consultations no medication was issued.

In 10 percent of consultations a diagnostic task was performed; in 9 percent of consultations a management task (health educational tasks, medico-technical tasks) was performed and in 9 percent of consultations administrative tasks were registered.

Diagnostic tasks involved mainly examination of urine specimens. Medico-technical tasks were the greater part of the management tasks. The main predictors for these diagnostic and management tasks were 'being qualified as a practice assistant' and the availability of a treatment room. The most frequently registered administrative task was 'writing out a referral card (for insurance purposes).

The practice assistant wrote out 60 percent of all the repeat prescriptions, registered by the GP and the practice assistant. One third of all repeat prescriptions were issued after a consultation over the phone. Repeat prescriptions were mainly concerned with antihypertensive medication, sleeping pills and tranquillizers.

In 10 percent of consultations a new prescription was issued. The unqualified practice assistant issued as many new prescriptions as the fully qualified practice assistant. New prescriptions were issued for a cough, sore throat, urinary symptoms, headache and worms, in order of decreasing frequency. Over half of these consultations were by phone.

The qualified practice assistant registered twice as many rfe's-without-medication and medico-technical tasks were delegated more often to her. She also registered twice as many diagnostic tasks as the unqualified practice assistant, who gets mainly administrative tasks delegated to her.

The higher the score on the delegation-index the higher the number of diagnostic and management tasks performed. However, there is a negative correlation with repeat prescriptions issued.

Using the delegation-index based on the actual registration data, the most important factors showing a correlation with task delegation are: the availability of a treatment room, being qualified as a practice assistant and the type of practice. There is also a positive correlation with a written contract of employment and with the number of working hours per week. There is a negative correlation with the age of the practice assistant.

In chapter 7 the results of analysis of a questionnaire for GP's are presented. 436 GP's responded. 99 Percent of GP's employed ancillary staff, although in 7 percent the wife of the GP was the only ancillary staff member. In 86 percent a practice assistant was employed. Two-thirds of the practice assistants were fully qualified. In almost 75 percent of practices the practice assistant had access to a treatment room. Two-thirds of GP's thought that employing 0.8 FTE ancillary staff was insufficient. In case there would be a 70 percent salary reimbursement for ancillary staff (max 2 FTE) 60 percent of GP's would employ more ancillary staff.

Over 80 percent of GP's had a favourable attitude towards task delegation; 6 percent were opposed to task delegation and the remainder did not express their opinion. Half of the GP's indicated that lack of time of the practice assistant is the most important limiting factor for task delegation. One-third of GP's mentioned the fact that they would rather do the things themselves as a limiting factor. GP's practising a high degree of delegation were slightly younger (43 years versus 47 years) and had more often received vocational training (compulsory since 1974) than doctors practising a low degree of delegation. In addition the GP practising a high degree of delegation employed more often a qualified practice assistant and made more often a treatment room available to her. Doctors practising a high degree of delegation were more likely to practise with a group of doctors. If existing limiting factors would be removed GP's would delegate 2 - 3 times as many tasks. Analysis showed the same predictors for task delegation. Almost all, 91 percent, said that delegation increases the practice assistant's satisfaction with work. 55 Percent said that delegation increases the doctor's satisfaction with work. 74 Percent indicated that delegation results in a better distribution of skills.

In chapter 8 a review of the literature on the British practice nurse is presented. The role of the practice nurse has expanded rapidly over the past decade. The stage is set for an expansion in the numbers of practice nurses, and also a further extension of their role. However, cash limits on salary reimbursement may stifle innovation and progress. The current arrangements for training practice nurses are inadequate and there is an urgent need for continuing education. Lack of a vocational training profile is in part responsible for the large inter-nurse variation in tasks performed. The role of the practice nurse therefore looks set to grow in an uncoordinated way. There appear to be similarities between the type of work done nowadays by the Dutch practice assistant and the British practice nurse anno 1980.

In chapter 9 the results are discussed. The role of the practice assistant has developed in a remarkable way. In general, however, the role of the practice-assistant is still perceived as a task oriented assistant, rather than an independent practice-assistant. Receptionists tasks are part of the conventional role of the practice-assistant. For these tasks they need an awareness of, and sensitivity to the problems of the patients, and, indeed, this (reception)

work at the point of first contact is probably the most important single function within any practice (Reedy, 1972).

The role of the practice-assistant is gradually extending into areas of primary contact and management. A number of practice-assistants were actively involved in the treatment and management of medical problems presented by the practice population.

However, enormous variations in patterns of work have emerged. Especially with regard to medico-technical tasks, health educational tasks and management tasks. Apparently, there is room for extension of the role of the practice assistant.

23 Percent of all consultations were registered by the practice assistant. However, a estimation of about one-third of all patient contacts would be fair, since the practice assistant did not have to register the tasks they performed resulting from a consultation with the GP. Moreover, from 1 July 1987 to 1 April 1988, repeat prescriptions were only registered for only half of the registration period. Patient contacts by phone for appointments or for requesting house calls were not registered. 'Answering the telephone' is the task delegated most. About one-third of all rfe's were presented over the phone. The percentages given for diagnostic and management tasks would have been much higher if the rfe's presented over the phone would have been excluded. Because for all diagnostic and management tasks one needs a face to face contact.

'Writing out a repeat prescription' was the most common task performed by the practice assistants. 'Writing out a new prescription' was next in line. If not writing out a prescription the practice assistant would be busy writing out a referral card, examining a urine specimen or performing a medico-technical task: Giving injections, wound care or syringing an ear.

About half of the practice-assistants expressed a wish to extend their role with appropriate support. These practice-assistants clearly favoured future delegation of medico-technical tasks and preventive and screening activities (cervical smears). These activities should form an integral part of the practice-assistants' vocational training programme.

The GP's indicated they are willing to delegate more tasks. If existing limiting factors, such as lack of time (of the practice assistant), lack of space, insufficient salary reimbursement, would be removed they would delegate 2 - 3 times as many tasks.

Excluding the tasks presently delegated to more than 70 percent of practice assistants, the following tasks could be considered for delegation: health educational tasks like advising patients with chronic diseases and giving dietary advice; follow-up of high risk patients (diabetes, hypertension); application of surgical dressings of all kind; measuring height and weight; vene puncture for blood sampling; measurement of blood glucose, ESR, hemoglobin; ear syringing; hearing test; microscopic examination of vaginal discharge; cervical smears; wound suturing; suture removal; contraceptive pill checks; blood pressure checks; treatment of warts with liquid nitrogen; ECG recordings; lung function tests (peakflow meter); allergy tests; history taking; typewriting referral letters; computer tasks. These tasks will have to be made available to the practice assistant by ways of delegation-models or clinical algorithms.

Existing conditions will favour task delegation if general practitioners work in group practices or health centres, use an appointment system, employ qualified practice assistants only and have a treatment room available for the practice assistant.

A government policy specially aimed at the development of group practices and health centres is an important prerequisite for the development and implementation of task delegation. Practice automation and the implementation of systematic preventive care will also be facilitated in this way.

Another line of policy should be aimed at the job qualifications of the practice assistants. Only half of the practice assistants participating in the National Survey were fully qualified and only 60 percent of the GP's employed a fully qualified practice assistants. Improving on the knowledge and skills of the practice assistant in general is one of the most important prior conditions for task delegation. It is recommended that only qualified practice assistants should be employed in order to increase the efficiency of the practice assistant's vocational training. It is also recommended that only GP's or practices employing qualified practice assistants should be eligible for salary reimbursement. Salary reimbursement for ancillary staff is based on the employment of a practice-assistant with four years of experience, who works for 4,3 hours per working day.

Based on our findings (8,2 years experience; 6,7 years with the same employer; 0,8 FTE ancillary staff) this does not reflect the actual situation and therefore the guidelines for reimbursement should be reviewed. Presently, there is no incentive for GP's to employ a qualified practice-assistant.

Task delegation as a subject of study should be embedded in the GP vocational training scheme. As a consequence of this research project a training programme for the implementation of task delegation has been developed at the University of Groningen, Dept. of Family Practice.

Further recommendations include refresher courses for practice assistants and for practice assistants and GP's jointly. Several refresher courses are organized by the Dutch Association of Practice Assistants (NVDA).

The general practitioner's attitude towards task delegation is favourable. However there are limiting factors of which the most important one appears to be lack of time of the practice assistant. This coincides with the view expressed by the practice assistants themselves. In case there would be a 70 percent salary reimbursement for ancillary staff (max 2 FTE) 60 percent of GP's would employ more ancillary staff.

A remarkable finding is that the GP's attitude towards delegation of tasks hardly influences the factual extent of task delegation. Apparently, the concrete predictors described are of more importance.

With the expectation that in the future GP's are likely to be working in group practices and health centres, it is possible that, as more doctors practice from groups and take more interest in efficient methods of practice organization, delegation may become more common.

With the ongoing evaluation and revision of the existing vocational training schemes for practice-assistants the role of the practice-assistant looks set to grow in a well planned and coordinated way.

12. Bijlagen

12.1 Handleiding bij het contactregistratieformulier voor assistentes

HANDLEIDING

BIJ HET CONTACTREGISTRATIE FORMULIER

VOOR ASSISTENTES

NIVEL

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het contactregistratieformulier voor assistentes

ALGEMEEN

1. De assistente vult na ieder contact, dat zij zelfstandig met een patiënt heeft, dit contactregistratieformulier in. Het gaat dus om de registratie van de activiteiten die in eerste instantie zonder tussenkomst van de huisarts verricht worden. Voor het eventuele wrattensprekkuur wordt een ander formulier ingevuld.
2. Op dit contactregistratieformulier is alles terug te vinden, wat in dit contact kan plaatsvinden. Bij de meeste contacten zal slechts een deel van het formulier ingevuld hoeven te worden.
3. De rubriek patiëntgegevens (1), contactgegevens (2), klachten en diagnose / werkhypothese (3), en vervolgafspraken (9), moeten altijd worden ingevuld.
4. De overige rubrieken (4 - 7) worden alleen ingevuld, indien dit van toepassing is.
5. Als het contact een telefonisch contact betreft, wordt het contactregistratieformulier gedeeltelijk ingevuld. Informatie hierover volgt.
6. Als het contact een waarneming betreft, hoeft het contactregistratieformulier niet te worden ingevuld.

Dit contactregistratieformulier voor assistentes is een beknopte versie van het contactregistratieformulier voor huisartsen. Er is één toevoeging: de assistente dient bij de rubriek behandeling (5) aan te geven of zij advies aan de huisarts heeft gevraagd. De nummering van de items op dit contactregistratieformulier voor assistentes komt overeen met die op het contactregistratieformulier voor huisartsen. Echter, niet alle items van het huisartsenformulier zijn op het assistentenformulier aangebracht, vandaar dat er leemtes zijn in de nummering. Hierna volgt een toelichting op dit formulier, per rubriek.

NAAM PATIËNT:

U vult dit, duidelijk, in. Geeft U alstublieft goed aan of een letter de ij is of de y (Griekse Y).

PATIENTCODE:

Deze wordt door de veldwerker samengesteld, door de eerste drie letters van de achternaam van de patiënt + diens geboortedag + diens geboortemaand + diens geboortjaar + diens geslacht achter elkaar te plaatsen. Dit heet de hogben-code: NNDDMMJJJS.

DATUM:

Bedoeld wordt de contactdatum.

ASSISTENTE:

Dit wordt genummerd.

HUISARTS:

Hier komt het nummer van de huisarts, bij wie U werkt. In duo- en groepspraktijken, alsmede in gezondheidscentra, dient U goed bij te houden, bij welke huisarts de patiënt staat ingeschreven: diens naam/nummer wordt hier ingevuld.

1. PATIËNTGEGEVENS: Geboortedatum en geslacht.

Deze neemt U over van de kaart uit de kaartenbak. U zou ook, na overleg met de veldwerker, direct de patiëntcode kunnen invullen.

2. CONTACTGEGEVENS

U geeft aan soort contact en aard contact.

Soort contact:

- Tijdens spreekuur:
De patiënt komt langs tijdens het vrije spreekuur van de huisarts, of tijdens het afspraak-spreekuur van de huisarts.
- Telefoon:
Telefonische contacten registreert U alleen als er sprake is van prescriptie en/of verwijzing. Het contactregistratieformulier hoeft maar gedeeltelijk ingevuld (patiëntgegevens, klachten/diagnose/werkhypothese, prescriptie, verwijzing, vervolgafspraken).
- Tussendoor:
De patiënt komt onverwachts langs (niet zozeer vanwege een spoedgeval, zoals bij de huisarts het geval is), buiten het vrije/afspraak-spreekuur om (b.v. de huisarts rijdt een visite en een patiënt komt bij U langs).
- Visite:
U gaat, meestal na een afspraak, bij een patiënt langs.
- Overige.

N.B.: Vanaf 'soort contact' is er steeds sprake van 2 hokjes voor een aan te kruisen mogelijkheid: het eerste hokje betreft steeds het eerste klachtencluster (+ diagnose/werkhypothese) en het tweede hokje betreft steeds een eventueel tweede klachtencluster (+ diagnose/werkhypothese). Onder '3. Klachten en diagnose/werkhypothese' wordt hier nader op ingegaan.

Aard contact:

Deze rubriek is van belang voor de episode koppeling, daar er uit blijkt of een patiënt al of niet vanwege dezelfde ziekte /hetzelfde probleem bij de assistente is geweest, of bij de huisarts.

Een episode wordt gedefinieerd als een periode van ziek zijn, beginnend met de eerste klacht die gepresenteerd wordt aan de huisarts, en eindigend met het voor de eerste keer klachtenvrij zijn.

- Eerste contact:
De patiënt komt voor het eerst langs, vanwege deze diagnose /dit probleem.
- Herhaalcontact:
De patiënt is al dan niet tijdens de registratieperiode eerder vanwege dezelfde klacht/problemen bij U of de huisarts langsgeweest.
- Recidief:
De patiënt komt na een klachtenvrije periode langs met dezelfde klacht als voorheen. Er is geen sprake van eenzelfde episode, omdat de patiënt gedurende een bepaalde periode geen klachten meer heeft gehad. Ook als de patiënt vóór de registratieperiode al met dezelfde klachten kampte en daarna een klachtenvrije periode kende wordt het contact dus als recidief genoteerd.

- **Periodieke controle:**
De patiënt komt om de zoveel weken/maanden langs, vanwege een langdurig optredend verschijnsel (hypertensiecontrole, bloedsuikercontrole).

3. KLACHTEN EN DIAGNOSE/WERKHYPOTHESE

Dit is de kern van het formulier, hetgeen betekent dat hier extra veel aandacht aan geschonken moet worden, zowel door U als door de veldwerker. De rubriek bevat minder elementen dan de rubriek klachten en diagnose/werkhypothese op het contactregistratieformulier voor de huisartsen: alleen de redenen voor contact en de (waarschijnlijkheids)diagnose/werkhypothese zijn opgenomen.

Nu ook is duidelijk, waarom er vanaf 'soort contact' steeds sprake is van twee hokjes voor een aan te kruisen mogelijkheid; het eerste hokje betreft steeds het eerste, linker klachtencluster; het tweede hokje betreft steeds het eventuele tweede, rechter klachtencluster. Deze (1) en (2) keren telkens bij de andere rubrieken op het formulier terug. Dat betekent dat bij iedere rubriek door U nagegaan moet worden of het het eerste dan wel het eventuele tweede klachtencluster betreft. Als U dus bv. een vervolgspraak maakt met betrekking tot een klacht/vraag bij het eerste klachtencluster dan kruist U het hokje onder (1) aan; betreft deze afspraak een klacht/vraag bij het tweede klachtencluster, dan kruist U het hokje onder (2) aan.

N.B. Dit moet heel duidelijk zijn, want door foutief aankruisen van de hokjes worden de gegevens nutteloos !

- **Redenen voor contact:**
De redenen voor contact zullen voor wat U betreft voornamelijk bestaan uit niet-klachtengebonden vragen van de patiënt (pilrecept, RR-controle, herhaalrecept), of klachten van onschuldige aard (wondjes, verkoudheid). U moet deze klachten/niet klachten gebonden vragen zo letterlijk mogelijk, dus zoals de patiënt deze formuleert, noteren en deze dus niet alvast gaan interpreteren. Heeft de patiënt een 'boodschappenlijst' van klachten/vragen bij zich, dan notert U alleen die klachten/vragen, waarop U actie onderneemt.

Vb. 1: een patiënt heeft 2 klachten/vragen, die betrekking hebben op een verkoudheid. U vult deze klachten/vragen in bij het eerste klachtencluster; het tweede klachtencluster vult U niet in.

Vb. 2: een patiënt heeft 2 klachten/vragen, die betrekking hebben op een verkoudheid en een klacht over een wondje aan het been. U vult 2 klachten bij het eerste klachtencluster in (verkoudheid) en 1 klacht bij het tweede klachtencluster (beenwondje).

- **(Waarschijnlijkheids)diagnose /werkhypothese**

In principe zal het steeds de huisarts zijn, die op basis van een aantal klachten/vragen een diagnose stelt. Tocht willen wij graag, dat U voor Uw zelfstandige contacten aangeeft wat volgens U de (waarschijnlijkheids)diagnose /werkhypothese is (bv. 'griepje'). Vaak zullen de klachten/vragen niet leiden tot een diagnose/werkhypothese. Voor de duidelijkheid moet U toch onder diagnose/werkhypothese invullen wat er aan de hand is (dus: bv. 'hypertensie', 'pilrecept').

4. DIAGNOSTIEK

In deze rubriek worden alle diagnostische activiteiten aangegeven die betrekking hebben op de gestelde diagnoses/werkhypothesen.

Als er sprake is van diagnostiek, dan moet eerst de reden hiervoor worden aangegeven; vervolgens vult U in welke activiteiten U heeft verricht.

- Reden van diagnostiek:
- Ontdekking pathologie - U gaat op basis van uw diagnose/werkhypothese (n.a.v. de klachten/ vragen van de patiënt), diagnostisch onderzoek verrichten. Vb. urine onderzoek bij vermoeden blaasontsteking.
- Controle: de patiënt staat reeds onder controle vanwege een bekende aandoening. Ook kan controle plaatsvinden ná een ziekteperiode. Vb. bloeddrukmeting bij hypertensiepatiënt, urinecontrole na blaasontsteking.
- Screening risicogroep: U verricht onderzoek, omdat de patiënt een verhoogde kans heeft een bepaalde aandoening te krijgen.
Vb. bloedsuikercontrole bij zwangeren, tensiecontrole bij mannen boven de 35.
- Geruststelling: U verricht onderzoek, omdat de patiënt het vermoeden heeft aan een bepaalde aandoening te lijden en angstverschijnselen heeft.

U kunt vervolgens zelf aangeven of het onderzoek plaatsvindt in de eigen praktijk (dus als U het zelf verricht), of dat het onderzoek elders wordt verricht.

- In eigen praktijk:
de activiteiten in de eigen praktijk zijn onderverdeeld in klinische diagnostiek (2,3,5), bloeddruk (17,18,19), urine (21,22,23,24) en overige, te weten (26).

- * Klinische diagnostiek

- bloeddruk: (meting van)
- gewicht: wegen van patiënt
- keel/neus/oren
- overig

- * Bloed onderzoek

- Hb
- BSE: bezinkingssnelheid erythrocyten
- Glucose
- overige

- * Urine

- sediment
- nitriet
- glucose/eiwit
- zwangerschapstest
- overige

- * Overige; te weten: hier vult U het betreffende onderzoek in.

- **Diagnostiek elders, te weten**

Als U elders (ziekenhuis, laboratorium) onderzoek wilt laten verrichten, dan geeft U dit aan door dit aan te kruisen en vervolgens aan te geven om wat voor soort onderzoek het gaat (bv. E.C.G., röntgenfoto).

5. DE BEHANDELING

In deze rubriek geeft U aan, waaruit de (eventuele) behandeling bestaat.

Deze behandeling kan mondeling/adviserend zijn (3-12); er kunnen één of meer activiteiten verricht worden (13-20), of de behandeling kan bestaan uit het toedienen van vaccinatie (23-27).

Vooraf echter dient U aan te geven, of U omtrent de behandeling advies aan de huisarts heeft gevraagd. Is dit inderdaad het geval, dan dient U dat hokje aan te kruisen (geldt alléén voor behandeling).

3. Geruststellen. U kunt middels een geruststellend gesprek een bang vermoeden van een patiënt wegnemen.
4. Voorlichting over klacht(en)/ziekte.
U geeft uitleg over de klacht/ziekte aan de patiënt.
5. Voorlichting over behandeling/medicatie/verwijzen/operatie/dieet.
U geeft uitleg aan de patiënt over de verrichtingen die op basis van de nieuwe diagnose van dit contact plaatsvinden.
6. Algemene gezondheidsvoorlichting/opvoeding.
U geeft uitleg over leefregels aan de patiënt, bv. over roken, drinken, lichaamsbeweging, dieet (preventie-gericht).
8. Administratief.
Tijdens dit contact worden alleen formaliteiten verricht (bv. aanvragen voor een plaats in verzorgingstehuis, gezinshulp of krukken). Taxi-briefjes hoeft U niet te registreren.
9. Even aankijken.
U besluit om (nog) niet tot behandeling over te gaan, maar af te wachten hoe het verdere verloop er uit ziet.
10. Bedrust.
11. Medicatie zonder recept.
U adviseert de patiënt het gebruik een bepaald middel te gebruiken, waarvoor geen recept hoeft te worden uitgeschreven en wat bij de drogist verkrijgbaar is (bv. neusdruppels). Het kan ook een huismiddeltje betreffen (stomen, ijsblazen, etc.).
12. Staken medicatie.
U adviseert de patiënt het gebruik van een bepaald middel te staken.
13. Dieet.
U adviseert de patiënt een dieet te gebruiken (zoutarm beperkt eiwit-rijk, etc.). Gaat het om een voedingsadvies zoals zemelen bij obstipatie, of rijstwater bij diarree dan kruist U (5) 'voorlichting over dieet' aan.

14. **Injectie.**
Hiermee wordt bedoeld alle therapeutisch (dus géén vaccinaties) gerichte medicatie, welke per injectie toegediend wordt.
15. **Oor uitspuiten.**
16. **Wondverzorging.**
Dit omvat alle soorten wondtoilet (bv. hechtingen aanbrengen/verwijderen, ontsmetten, verzorging ulcus cruris).
17. **Kleine chirurgie.** Dit omvat alle chirurgische ingrepen, die U verricht (evt. verwijdering wratten, benigne tumortjes, etc.).
18. **Zwachtelen:** U legt een drukverband aan.
Tapen: U legt een pleisterverband aan.
19. **Catheteriseren:** U brengt een catheter a demeure aan of vervangt deze, of laat urine aflopen m.b.v. korte catheter.
20. **Vloeibare stikstof.**
Gebruikt U om wratten te verwijderen.
22. **Overige.**

Vaccinatie

23. **Tetanus.**
24. **Griep.**
25. **Hooikoorts.**
26. **DKTP/DPT = difterie, (kinkhoest), tetanus, polio.**
27. **BMR = bof, mazelen, rode hond.**
28. **Overige.**

6. PRESCRIPTIE

Uitgaand van het feit dat U hieromtrent de huisarts raadpleegt, kan de prescriptie door U plaatsvinden. Meestal zal die gebeuren op basis van bekende en/of onschuldige aandoeningen, of zullen het herhaalrecepten betreffen.

U geeft per diagnose/werkhypothese aan wat voorgeschreven wordt aan de patiënt, wordt er niets voorgeschreven, dan hoeft deze rubriek niet te worden ingevuld.

- **middel:** hier wordt de merknaam of loconaaam (een plaatsvervangende naam voor hetzelfde middel) van het voorgeschreven preparaat ingevuld (ook als dit magistraal bereid wordt). Vaak zal hier ook de toedieningsvorm en de sterkte aangegeven worden.
- **hoeveelheid:** de benodigde hoeveelheid voor een bepaalde periode.
- **dosis per dag:** hier wordt ingevuld hoeveel van het middel de patiënt per dag moet gebruiken, bv. 3 dd 1 = 3x daags, 1 tablet.

- nieuw: U geeft aan dat de patiënt het middel (nog) niet gebruikt. Bij het voorschrijven van bv. een penicilline kuur hoeft dit maar één keer te worden aangegeven: op het moment van voorschrijven.
- herhaalrecept huisarts: hier geeft U aan dat de patiënt het middel reeds gebruikt, omdat de huisarts (of een waarnemer) dit al eerder heeft voorgeschreven.
- herhaalrecept specialist: hier geeft U aan, dat de patiënt (bv. in het ziekenhuis, waaruit de patiënt ontslagen is) al eerder is voorgeschreven.

Ook de diagnose vermelden; als U dit niet (meer) weet, vraag dan informatie bij de huisarts.

7. VERWIJZING

Uitgaande van het feit dat U hieromtrent de huisarts raadpleeft, kunnen verwijzingen door U plaatsvinden. Als dit het geval is, wordt deze rubriek ingevuld. Eerst vult U in om welk specialisme/welke voorziening het gaat. Vervolgens geeft U aan om wat voor soort verwijzing het gaat.

- Medisch specialisme:
Hier wordt het tweedelijns medisch specialisme ingevuld. Per diagnose/werkhypothese vult U in om welk medisch specialisme het gaat.
- Fysiotherapie.
- Overige: overige eerstelijnsvoorzieningen.
- Soort verwijzing
 - * nieuw: de verwijzing wordt gerealiseerd òf vanwege een eerste contact over een bepaalde klacht, òf vanwege een recidief contact over een bepaalde klacht.
 - * verlenging: er is sprake van een verlengingsverwijzing als de patiënt continu onder controle van een specialist/fysiotherapeut staat en U zorg draagt voor een verlenging daarvan.
 - * achteraf: een achterafverwijzing geldt, wanneer de patiënt reeds behandeld is door een specialist/fysiotherapeut en daarvan pas achteraf melding maakt (bv. bezoek EHBO in ziekenhuis).
 - * refractieverwijzing: als U de patiënt voor bv. een brilrecept verwijst (opgenomen vanwege het frequente karakter ervan).

Ook bij refractieverwijzing geeft U aan of het een nieuwe, een verlenging of een achteraf-verwijzing betreft.

9. VERVOLGAFSPRAKEN

Per diagnose/werkhypothese geeft U hier aan wat U heeft afgesproken met de patiënt naar aanleiding van het contact.

- niets afgesproken: dit wordt aangekruist als er werkelijk niets is overeengekomen wat betreft vervolgafspraken.
- hoeft niet terug te komen: dit wordt aangekruist al U om wat voor reden dan ook denkt, dat de patiënt vanwege deze klacht niet meer terug hoeft te komen.
- terug bij geen verbetering/recidief: dit wordt aangekruist als U de patiënt adviseert terug te komen indien geen verbetering van de klacht(en) optreedt, of bij een recidief van de klacht(en).
- opbellen over: dit wordt aangekruist als U de patiënt verzoekt om over een aantal dagen/weken op te bellen over een testuitslag of anderszins. U vult in om hoeveel dagen/weken het gaat.
- terug komen over: dit wordt aangekruist als U de patiënt verzoekt om over een aantal dagen/weken/maanden terug te komen i.v.m. een herhaalcontact. U vult in om hoeveel dagen/weken/maanden het gaat.

12.2 Contactregistratie formulier

NAAM PATIËNT:

PATIËNTCODE:		HUISARTS:	
DATUM:		ASSISTENTE:	
1 PATIËNTGEGEVENS:		geboortedatum:	
		geslacht: man/vrouw	
2 CONTACTGEGEVENS		3 KLACHTEN EN DIAGNOSE/WERKHYPOTHESE	
<div>soort contact<div><input type="checkbox"/> 2 tijdens spreekuur</div><div><input type="checkbox"/> 6 telefoon</div><div><input type="checkbox"/> 7 tussendoor</div><div><input type="checkbox"/> 10 visite</div><div><input type="checkbox"/> 13 overige</div></div> <div>aard contact<div><div>1 2</div><div><input type="checkbox"/> eerste contact</div><div><input type="checkbox"/> herhaalcontact</div><div><input type="checkbox"/> reëdiel</div><div><input type="checkbox"/> periodieke controle</div></div></div>			

12.3 Nationale Studie enquête voor doktersassistenten

ENQUETE DOKTERSASSISTENTEN

nummer

--	--	--	--

Gaarne aankruisen welk antwoord voor u van toepassing is.
Bij een aantal vragen wordt een getal gevraagd.

PERSONALIA: geboortejaar
burgerlijke staat

19

--	--

gehuwd

--	--

ongehuwd

--	--

Hoeveel jaar werkt u als doktersassistente

--	--

Hoeveel jaar bent u werkzaam bij uw huidige werkgever

--	--

Bent u werkzaam in een: solopraktijk

--

duopraktijk

--

groepspraktijk

--

gezondheidscentrum

--

Vooropleiding: L.H.N.O.

--

M.A.V.O.

--

H.A.V.O.

--

V.W.O.

--

andere:

--

Bent u gediplomeerd doktersassistente ja

--

nee

--

Indien ja, in welk jaar behaalde u het diploma
doktersassistente 19

--	--

Bent u gediplomeerd apothekersassistente ja

--

nee

--

Indien ja, in welk jaar behaalde u het diploma
apothekersassistente 19

--	--

Welke opleiding heeft u gevolgd: - Instituut (ASOP, NIPA,
LOI, NIOD, IMEVO, FOID)

--

- M.D.G.O.-school

--

Indien u niet gediplomeerd doktersassistente of apothekers-
assistente bent, heeft u dan een andere beroepsopleiding
gevolgd ja

--

nee

--

Indien ja, welke:

Bent u lid van de N.V.D.A. (Nederlandse Vereniging
van Doktersassistenten) ja

--

nee

--

Hoeveel uur werkt u per week

--	--

Heeft u een schriftelijke arbeidsovereenkomst ja

--

nee

--

Wordt u betaald volgens de richtlijnen van de K.N.M.G. ja

--

nee

--

weet niet

--

WERKSITUATIE:

Beschikt u over een eigen werkruimte waarin u zelfstandig
patienten kunt behandelen tijdens het spreekuur van
de huisarts

ja	<input type="checkbox"/>
nee	<input type="checkbox"/>

Indien de praktijk apotheekhoudend is: Hoeveel uur
per dag besteedt u aan de apotheekwerkzaamheden

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Legt u wel eens een bezoek af bij een patient thuis

ja	<input type="checkbox"/>
nee	<input type="checkbox"/>

Zo ja, hoe vaak per maand

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zo ja, waarvoor:

.....

.....

.....

Begeleidt u stagiaires van doktersassistenten-
opleidingen

ja	<input type="checkbox"/>
nee	<input type="checkbox"/>

WERKZAAMHEDEN

Worden de volgende werkzaamheden wel eens door u verricht?
Wilt u een kruisje zetten in de kolom die het meest van
toepassing is.

	dage- lijks	weke- lijks	maande- lijks	zeiden	nooit
INTAKE FUNCTIE					
1. Werken aan een balie					
2. Telefoon aannemen					
3. Inschrijven van nieuwe patient					

PATIENT VOORLICHTENDE FUNCTIE

4. Adviezen geven bij veel voorkomende klachten zoals koorts, diarree of hoesten					
5. Voorlichting geven over medicijn-gebruik					
6. Instructies geven bij het verzamelen van urine en faecesmonsters					
7. Bijhouden mededelingenbord en foldermateriaal					
8. Voorlichting geven aan patienten met specifieke aandoeningen, zoals diabetes, hypertensie, CARA					
9. Dieetadviezen geven					

MANAGEMENT FUNCTIE

10. Planning van de spreekuren					
11. Visitelijst opstellen					
12. Vervolgafspraken maken					
13. Patienten uit risicogroepen (diabetes, hypertensie) oproepen voor controle					
14. Beheren van voorraden verband-middelen e.d.					
15. Verlostas verzorgen					
16. Bediening beantwoordingsapparatuur					

MEDISCH TECHNISCHE FUNCTIE

	dage- lijks	weke- lijks	maande- lijks	zelden	nooit
17. Aanleggen of verwisselen van een verband					
18. Zwachtelen van het been bij een patient met ulcus cruris					
19. Lengte of gewicht meten					
20. Injecties geven					
21. Venapuncties verrichten					
22. Oren uitspuiten					
23. Baarmoedermond uitstrijkjes maken					
24. Wonden lijmen met wondlijm					
25. Wonden hechten					
26. Hechtingen verwijderen					
27. Begeleiden van patienten die de pil gebruiken (pilcontrole)					
29. Verhoogde bloeddruk controles					
30. Vuiltje uit oog verwijderen					
31. Wratten aanstippen met vloeibaar stikstof					
32. Testen van gezichtsvermogen					
33. Gehoortest uitvoeren m.b.v. een audiometer					
34. Oogboldruk meten					
35. E.C.G.'s maken					
36. Longfunctie onderzoek m.b.v. een peak-flow meter					
37. Allergietest uitvoeren					
38. Een aantal vragen stellen voor de dokter komt onderzoeken (anamnese opnemen)					
39. Mededeling doen over de uitslag van een onderzoek					

LABORATORIUM

	dage- lijks	weke- lijks	maande- lijks	zelden	nooit
40. Urine onderzoek m.b.v. teststrips					
41. Urine sediment beoordelen					
42. Uricult inzetten + aflezen					
43. Zwangerschapstest uitvoeren					
44. Faeces onderzoek op occult bloed					
45. Faeces onderzoek op wormeieren					
46. Bepalen van haemoglobine-gehalte in bloed					
47. Bepaling glucosegehalte in bloed					
48. BSE inzetten + aflezen					
49. Microscopisch onderzoek van fluor vaginalis preparaat, b.v. KOH preparaat					

ADMINISTRATIEVE FUNCTIE

50. Verzorging van de patienten-administratie					
51. Herhalingsrecepten schrijven					
52. Verwijskaarten uitschrijven					
53. Typen van verwijsbrieven					
54. Rekeningen schrijven voor particuliere patienten					
55. Bijhouden van het kas/bank/giroboek					
56. Patientenadministratie via de computer					
57. Financiële administratie via de computer					
58. Apotheekadministratie via computer in apotheekhoudende praktijk					
59. Werken met een tekstverwerker					

DIVERSEN	dage- lijks	weke- lijks	maānde- lijks	zelden	nooit
60. Huisarts assisteren tijdens de avonddienst					
61. Huisarts assisteren tijdens de weekenddienst					
62. Praktijkruimten schoonmaken					
63. Onderhoud (incl. steriliseren) van het instrumentarium					

Zijn er nog andere werkzaamheden die u in de praktijk
verricht

ja
nee

Indien ja, welke:
.....
.....
.....

Zijn er werkzaamheden die u in de praktijk niet verricht,
maar die u wel zou willen verrichten indien u daarvoor
de mogelijkheid zou hebben

ja
nee

Indien ja, welke:
.....
.....

Wat is volgens u de reden dat u deze werkzaamheden
niet verricht

onvoldoende tijd
onvoldoende praktijkruimte
de arts wil het niet
er is een arts-assistent in de praktijk aanwezig

andere reden:
.....
.....

Ruimte voor algemene opmerkingen:
.....
.....
.....
.....

12.4 NVDA Congres enquête



nederlandse vereniging van doktersassistenten

secretariaat: Biltstraat 60 (Inganghoek Obrechtstraat) - Telefoon: 030 - 713875
3572 BD Utrecht

april 1989

ENQUETE

Geachte Doktersassistenten,

Het bestuur van de NVDA heeft de mogelijkheid aangeboden informatie over achtergrond en taakopvatting van doktersassistenten te verzamelen.

Een belangrijk deel van de doktersassistenten vindt emplooi in een huisarts(en)praktijk of een gezondheidscentrum.

Veel doktersassistenten zijn werkzaam in diverse poliklinieken.

Anderen zijn terug te vinden in verpleegtehuizen, in de jeugdgezondheidszorg, enz., enz..

Ik doe van harte een beroep op iedere doktersassistente de bijgevoegde enquête in te vullen.

De nadruk in deze enquête ligt bij de doktersassistente-in-de-huisarts-praktijk/gezondheidscentrum. Zij wordt uitgenodigd beide delen van de enquête in te vullen. De overige assistenten worden uitgenodigd deel 1 in te vullen. Op de laatste pagina kunnen reacties en suggesties (voor verder onderzoek ?) worden geschreven.

Een verslag van de resultaten van deze enquête zal worden aangeboden aan de redactie van NVDA-NIEUWS.

Het ingevulde formulier kunt u deponeren in de dozen gemerkt met "NVDA-ENQUETE". U vindt deze bij de NVDA-stand.

Bij voorbaat bijzonder bedankt voor uw medewerking.

A. Nijland, huisarts-onderzoeker

Deze enquête is onderdeel van het project "De assistente in de huisarts-praktijk"; een gezamenlijk initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het NIVEL.

1.

ENQUETE DOKTERSASSISTENTEN

Deel 1:

Gaarne aankruisen welk antwoord voor u van toepassing is.
Bij een aantal vragen wordt een getal gevraagd.

1. In welk jaar bent u geboren? (invullen)

Geboren in 19 . .

2. Wat is uw burgerlijke staat? (aankruisen)

☐ gehuwd / samenwonend

☐ ongehuwd

3. Hoeveel jaar bent u werkzaam als doktersassistente?

— jaren

4. Hoeveel jaar bent u werkzaam bij uw huidige werkgever?

— jaren

5. Bent u werkzaam in een:

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | solopraktijk |
| <input type="checkbox"/> | duopraktijk |
| <input type="checkbox"/> | groepspraktijk |
| <input type="checkbox"/> | gezondheidscentrum |
| <input type="checkbox"/> | polikliniek |
| <input type="checkbox"/> | anders; nl.:..... |

6. Wat is uw vooropleiding? (u mag meerdere vakjes aankruisen)

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | L.H.N.O. |
| <input type="checkbox"/> | M.A.V.O. |
| <input type="checkbox"/> | H.A.V.O. |
| <input type="checkbox"/> | V.W.O. |
| <input type="checkbox"/> | Anders, namelijk..... |

7. Bent u gediplomeerd doktersassistente?

☐ ja Indien ja, in welk jaar behaalde u het diploma
doktersassistente?
In 19...

☐ nee Indien nee, bent u momenteel bezig met de
opleiding tot doktersassistente?
— ja
— nee

2.

8. Bent u gediplomeerd apothekersassistente?

- ☐ ja Indien ja, in welk jaar behaalde u het diploma
apothekersassistente?
In 19...
- ☐ nee Indien nee, bent u momenteel bezig met de
opleiding tot apothekersassistente?
- ☐ ja
☐ nee

9. Welke opleiding tot doktersassistente of apothekersassistente heeft u
gevolgd?

- ☐ Instituut (ASOP, NIPA, LOI, NIOD, IMEVO, FOID)
- ☐ MDGO-school
- ☐ anders, nl.....

10. Indien u niet gediplomeerd doktersassistente of apothekers-
assistente bent, heeft u dan een andere beroepsopleiding
gevolgd?

- ☐ ja, nl.....
- ☐ nee

11. Indien u gediplomeerd doktersassistente of apothekers-
assistente bent, heeft u nog een andere beroeps-
opleiding gevolgd?

- ☐ ja, nl.....
- ☐ nee

12. Bent u t.a.v. de NVDA (Nederlandse Vereniging van Dokters-
assistenten):

- ☐ lid van de NVDA
- ☐ aspirant-lid van de NVDA (voor wie in opleiding is)
- ☐ belangstellend lid van de NVDA
- ☐ geen lid

13. Hoeveel uur werkt u per week?

_____ uren

14. Heeft u een schriftelijke arbeidsovereenkomst?

- ☐ ja
- ☐ nee

15. Wordt u betaald volgens de richtlijnen van de K.N.M.G.?

- ☐ ja
- ☐ nee

3.

Deel 2

DIT DEEL IS BESTEMD VOOR DOKTERSASSISTENTEN WERKZAAM IN EEN
HUISARTS(EN)PRAKTIJK OF GEZONDHEIDSCENTRUM

-
16. Beschikt u over een eigen werkruimte waarin u zelfstandig
patienten kunt behandelen tijdens het spreekuur van de
huisarts?

☐ ja
☐ nee

-
17. Heeft u voor bepaalde verrichtingen (bv. diabetescontrole)
vaste afspraken (=protocollen) met uw huisarts ?

☐ nee
☐ ja Indien ja, voor welke verrichtingen ?

.....
.....

-
18. Is de praktijk waarin u werkt apotheekhoudend?

☐ nee
☐ ja Indien ja, hoeveel uur per dag besteedt u aan de
apotheekwerkzaamheden?
_____ uren per dag.

-
- 19a. Legt u wel eens een bezoek af bij een patient thuis?

☐ ja
☐ nee

- 19b. Indien ja, hoeveel keer per maand?

Ongeveer _____ keer per maand

- 19c. Indien ja, waarvoor:.....

.....
.....
.....

-
20. Begeleidt u stagiaires van doktersassistentenopleidingen?

☐ ja
☐ nee

21. Ik heb geprobeerd de werkzaamheden van dokters-/centrum-assistenten in een zestigtal werkzaamheden, verdeeld over hoofdgroepen, samen te vatten.
Wilt u bij elk van deze werkzaamheden aangeven of en hoe vaak u deze werkzaamheden vervult? U kunt hiervoor een kruisje zetten in de kolom die het meest voor u van toepassing is.

BELANGRIJK: Indien er werkzaamheden zijn die u in de praktijk niet verricht, maar die u wel zou willen verrichten indien u daarvoor de mogelijkheid zou hebben, dan kunt u dit kenbaar maken door een kruisje te zetten in de kolom "wens".

	dage- lijks	weke- lyks	maande- lyks	zel- den	nooit	wens
<u>INTAKE FUNCTIE:</u>						
- werken aan de balie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- telefoon aannemen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inschrijven van nieuwe patient....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>PATIENT VOORLICHTENDE FUNCTIE:</u>						
- adviezen geven bij veel voorkomen- de klachten, zoals koorts, diarree of hoesten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voorlichting geven over medicyn- gebruik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- instructies geven bij het verzame- len van urine/faecesmonsters.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bijhouden mededelingenbord en foldermateriaal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voorlichting aan patienten met specifieke aandoeningen als dia- betes, CARA, hypertensie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dieet adviezen geven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>MANAGEMENT FUNCTIE:</u>						
- planning van de spreekuren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- visitelijst opstellen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vervolgafspraken maken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.

(vervolg management functie)

	dage- lijks	weke- lijks	maande- lijks	zel- den	nooit	wens
- patiënten uit risicogroepen (diabetes, hypertensie) oproepen voor controle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beheren van voorraden verband-middelen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verlostas verzorgen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bediening van de beantwoordings-apparatuur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDISCH-TECHNISCHE FUNCTIE:

- aanleggen of verwisselen van een verband.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwachtelen van het been bij een patient met ulcus cruris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lengte en gewicht meten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- injecties geven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- venapuncties verrichtingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oren uitspuiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- baarmoedermond uitstrijkjes maken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wonden lijmen met wondlijm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wond hechten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hechtingen verwijderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- begeleiden van patienten die de pil gebruiken (pilcontrole).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hypertensie controles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vuiltje uit oog verwijderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wratten aanstippen met vloeibare stikstof.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- testen van gezichtsvermogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gehoortest uitvoeren met behulp van een audiometer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oogboldruk meten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- E.C.G.'s maken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- longfunctie onderzoek met behulp van peak-flow-meter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.

(vervolg med. technisch)

	dage- lijks	weke- lijks	maande- lijks	zel- den	nooit	wens
- allergietest uitvoeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een aantal vragen stellen voor de dokter komt onderzoeken (anamnese afnemen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mededeling doen over de uitslag van een onderzoek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>LABORATORIUM</u>						
- urineonderzoek d.m.v. teststrips...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- urinesediment beoordelen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uricult inzetten en aflezen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwangerschapstest uitvoeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faecesonderzoek op occult bloed....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faecesonderzoek op wormeieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bepalen Hb-gehalte in bloed.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- BSE inzetten en aflezen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- microscopisch onderzoek van fluor vaginalis preparaat, bv. KOH-prep..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ADMINISTRATIEVE FUNCTIE:</u>						
- verzorgen patientenadministratie...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- herhalingsrecepten schrijven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verwijskaarten uitschrijven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- typen van verwijsbrieven.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rekeningen schrijven van particuliere patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bijhouden van het kas-/bank-/giroboek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- patientenadministratie via de computer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- financiële administratie via de computer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- apotheekadministratie via computer in apotheekhoudende praktijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- werken met een tekstverwerker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.

	dage- lyks	weke- lyks	maande- lyks	zel- den	nooit	wens
--	---------------	---------------	-----------------	-------------	-------	------

DIVERSEN:

- huisarts assisteren tijdens de avonddienst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- huisarts assisteren tijdens de weekenddienst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- praktijkruimten schoonmaken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- onderhoud (incl. steriliseren) van het instrumentarium.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Zijn er nog andere werkzaamheden die u in de praktijk of het centrum verricht?

- ☐ nee
☐ ja Indien ja, welke werkzaamheden zijn dit?

.....

23. In aanvulling op de kolom "wens": Zijn er (nog meer) werkzaamheden die u nu niet verricht, maar die u wel zou willen doen indien u daarvoor de mogelijkheden zou hebben?

- ☐ nee
☐ ja Indien ja, welke werkzaamheden?

.....

24. Zie vraag 24: Wat is de reden dat u deze werkzaamheden niet verricht?

- ☐ onvoldoende tijd
☐ onvoldoende praktijkruimte
☐ de huisarts wil het niet
☐ anders, nl.....

25. Heeft u deelgenomen aan het NIVEL-project: "Nationale Studie van Morbiditeit en Verrichtingen in de Huisartspraktijk ?"

- ☐ ja
☐ nee

8.

OVERIGE ZAKEN / OPMERKINGEN:

Uw reacties, ideeën (voor verder onderzoek ?), suggesties kunt u op deze bladzijde kwijt.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!!

MOCHT U VERGETEN ZIJN HET FORMULIER
IN TE LEVEREN, STUURT U HET DAN
(ZONDER POSTZEGEL) NAAR:

NIVEL, t.a.v. A. Nijland
Antwoordnummer 4026
3500 VB Utrecht

12.5 Enquête mening nederlandse huisarts over taakdelegering

Enquête

Nummer:

Eerst enkele achtergrondgegevens:

1. Leeftijd : ..
2. Geslacht :
0 Man
0 Vrouw
3. Jaar van afstuderen : 19 ..
4. a. Heeft u de beroepsopleiding voor huisarts gevolgd ?
0 Ja
0 Nee
b. Zo ja, in welk jaar heeft u de beroepsopleiding voor huisarts afgerond ? 19 ..
5. Sinds wanneer bent U gevestigd als huisarts ? : 19 ..
6. Sinds wanneer bent U werkzaam als huisarts in de huidige praktijkvorm : 19 ..
7. Hoeveel dagdelen per week bent U werkzaam ? ..
(10 dagdelen = full-time)
8. In welke praktijkvorm bent U werkzaam ?
0 Solopraktijk
0 Duopraktijk
0 Groepspraktijk
0 Gezondheidscentrum
9. Is de praktijk apotheekhoudend ?
0 Ja
0 Nee
10. Met betrekking tot de locatie van de praktijk, zijn de volgende vragen opgesteld:
10a. In welke regio is de praktijk gelegen ?
0 Groningen, Friesland, Drenthe
0 Overijssel, Gelderland, Utrecht, Flevoland
Noord-Holland, Zuid-Holland, Zeeland
0 Noord-Brabant, Limburg

vervolg vraag 10 (locatie van de praktijk):

10b. M.b.t. de afstand tot het ziekenhuis ?

- ☐ ziekenhuis in dezelfde woonplaats als de praktijk
- ☐ de afstand praktijk - dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt tussen 1 - 15 km.
- ☐ de afstand praktijk - dichtstbijzijnde ziekenhuis is groter dan 15 km.

10c. M.b.t. de urbanisatiegraad ?

- ☐ platteland, kleine steden tot 30.000 inwoners in de woonkern
- ☐ steden tot 50.000 inwoners in de woonkern
- ☐ grote steden met meer dan 50.000 inwoners in de woonkern, exclusief A'dam, R'dam, Den Haag
- ☐ Amsterdam, Rotterdam, Den Haag

11a. Hoeveel huisartsen zijn werkzaam in de praktijkvorm waarin U werkzaam bent (inclusief uzelf) ?

..

11b. Hoeveel full-time-equivalenten(*) huisarts is werkzaam in de praktijkvorm waarin u werkzaam bent (inclusief uzelf).

..

(*) : 1 huisarts full-time = 1 full-time equivalent (fte);
Een huisarts die 4 volledige dagen per week werkt: 0,8 fte.

12. Werkt U volgens een afsprakspreekuur ?

- ☐ ja, volledig
- ☐ ja, ten dele
- ☐ nee

13. Wilt U aankruisen over welke instrumenten en testmateriaal U beschikt ten behoeve van Uw praktijktoefening ?

- ☐ audiometer
- ☐ electrocardiograaf
- ☐ Hb-meter
- ☐ peak-flow meter
- ☐ proctoscoop
- ☐ microscoop
- ☐ doppler
- ☐ kogeltang voor het plaatsen van een IUD

201

19. Staat U positief tegenover het systematisch delegeren van taken aan de praktijkassistente ?

- 0 Positief
- 0 Negatief
- 0 Geen mening

20. In hoeverre bent U het ermee eens dat een gediplomeerde praktijkassistente de onderstaande werkzaamheden zelfstandig verricht ?

Bij de beantwoording van deze vragen kunt u ervan uitgaan dat de assistente steeds de hulp van de huisarts kan invoepen wanneer ze dat nodig acht.

	helemaal eens	grotendeels mee eens	deels eens deel oneens	grotendeels mee oneens	helemaal oneens
- venapuncties verrichten	0	0	0	0	0
- urinesediment beoordelen	0	0	0	0	0
- oren uitspuiten	0	0	0	0	0
- hechtingen verwijderen	0	0	0	0	0
- hypertensie controles	0	0	0	0	0
- wratten aanstippen met vloeibare stikstof	0	0	0	0	0
- cervixuitstrijkjes maken	0	0	0	0	0

21. Wat zijn volgens U de meest belemmerende factoren voor het delegeren van taken aan de praktijkassistente in Uw praktijksituatie

U dient te scoren op een vijf-puntsschaal.
Deze schaal varieert van "totaal niet belemmerend" tot "erg belemmerend".

	totaal niet belemmerend	-----	-----	erg belemmerend
- gebrek aan ruimte	0	0	0	0
- tijdgebrek assistente	0	0	0	0
- deskundigheid assistente	0	0	0	0
- taakopvatting van uzelf / u doet het werk liever zelf	0	0	0	0
- taakopvatting van collegae	0	0	0	0
- uw patiënten accepteren het niet	0	0	0	0
- andere, nl.	0	0	0	0

22. Indien er een volledige vergoeding zou komen voor het in dienst nemen van een praktijkassistente, zou U dan besluiten méér assistentie in de praktijk aan te nemen ?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet

23. Indien er een volledige vergoeding zou komen voor maximaal 1,5 FTE (full-time equivalent) praktijkassistente per 1 FTE huisarts, zou U dan besluiten méér assistentie in de praktijk aan te nemen ?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet

24. In Groot-Brittannië krijgt de huisarts 70% van de kosten voor hulppersoneel vergoed tot een maximum van 2 full-time equivalenten personeel per huisarts. Zou een dergelijke vergoeding in Nederland worden ingevoerd, zou u dan besluiten meer assistentie in de praktijk aan te nemen ?
- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Weet niet
25. Vindt U dat de onkostenvergoeding voor een gediplomeerde praktijkassistente hoger moet zijn dan die voor een niet-gediplomeerde assistente ?
- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Weet niet
26. Recent onderzoek heeft laten zien dat er gemiddeld 0,8 FTE assistentie aanwezig is in de niet-apotheekhoudende normpraktijk. Idealiter gezien, vindt U dit:
- ☐ voldoende assistentie
☐ te weinig assistentie
☐ te veel assistentie
27. Indien de voor Uw situatie bestaande belemmerende factoren worden weggenomen (onvoldoende praktijkruimte, onvoldoende vergoeding voor assistentie, e.d.), welke van de onderstaande taken zou U dan daadwerkelijk delegeren ?

	Ja	Nee	Weet niet
- venapuncties verrichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- urinesediment beoordelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- hechtingen verwijderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- oren uitspuiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- hypertensie controles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wratten aanstippen met vloeibare stikstof	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- cervixuitstrijkjes maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. De volgende aspecten worden vaak naar voren gehaald bij het delegeren van taken aan de praktijkassistente. In hoeverre bent U het met de volgende uitspraken over het delegeren van taken eens, dan wel oneens.

Delegeren van taken

aan de praktijkassistente:

	helemaal eens	grotendeels mee eens	deels eens deels oneens	grotendeels mee oneens	helemaal oneens
- doet de work-load van de huisarts afnemen	0	0	0	0	0
- het bespaart de dokter tijd	0	0	0	0	0
- het bedreigt de onafhankelijkheid van de huisarts	0	0	0	0	0
- de patiënt wil het niet	0	0	0	0	0
- kost de arts veel tijd (vanwege het gebrek aan kennis en opleiding van de assistente)	0	0	0	0	0
- de voldoening in het werk bij de huisarts neemt toe	0	0	0	0	0
- de voldoening in het werk bij de assistente neemt toe	0	0	0	0	0
- leidt ertoe dat de assistente heel vaak de huisarts nodig heeft om haar te controleren	0	0	0	0	0
- bedreigt de arts-patiënt relatie	0	0	0	0	0
- bedreigt de status van de huisarts	0	0	0	0	0
- door delegatie wordt een betere verdeling van taken bereikt tussen huisarts en assistente	0	0	0	0	0

29. Indien U werkt zonder praktijkassistent, kunt U aangeven welke redenen daarbij voor U een rol spelen ?

.....

.....

.....

30. Ruimte voor algemene opmerkingen.

.....

.....

.....

12.6 Begeleidende brief voor Nationale Studie huisartsen

Aan de huisartsen die hebben meegewerkt
aan de 'Nationale Studie van ziekten en
verrichtingen in de huisartspraktijk'.

Groningen, 8 november 1990.

Geachte Collega,

U heeft in het recente verleden deelgenomen aan de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' van het NIVEL. De verzamelde gegevens worden nu in een aantal deelprojecten nader uitgewerkt.

In samenwerking met de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van het Universitair Huisartsen Instituut te Groningen wordt onderzoek verricht naar de mening van de huisarts over het delegeren van taken aan de praktijkassistente.

Het onderzoek maakt deel uit van het promotieonderzoek van A. Nijland, huisarts.

Bijgaand treft U een enquête-formulier aan. In de enquête worden, naast enkele persoonsgebonden achtergrondgegevens, vragen gesteld die handelen over de praktijkassistente en Uw mening over het delegeren van taken aan de praktijkassistente.

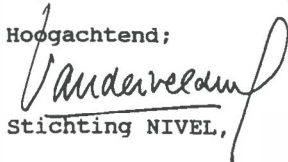
Het invullen van de enquête gebeurt door middel van het zetten van kruisjes of het invullen van een getal. Alleen de laatste twee vragen zijn 'open vragen'. Naar ons is gebleken neemt het invullen van het enquête-formulier ongeveer 10 - 15 minuten van Uw tijd in beslag.

Hoewel U in het kader van de 'Nationale Studie' de vragen 1-3, 5-9, 11-13 al eens hebt ingevuld, vragen wij U dit andermaal te willen doen. Ook indien U werkt zonder assistentie, dan toch vragen wij U dit enquête-formulier in te vullen en aan ons op te sturen (retourenveloppe bijgesloten).

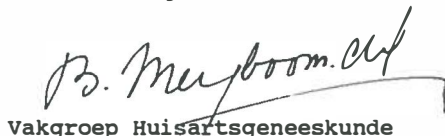
Uw gegevens worden, uiteraard, anoniem verwerkt.

Bij voorbaat hartelijk dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend;


Stichting NIVEL,

J. van der Velden, arts / MSc


Vakgroep Huisartsgeneeskunde

Prof. Dr. B. Meyboom - de Jong

12.7 Begeleidende brief voor huisartsen uit steekproef

Betreft : Onderzoek naar de mening van de nederlandse huisarts
over het delegeren van taken aan de praktijkassistente.
Het onderzoek is een initiatief van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde
van het Universitair Huisartsen Instituut te Groningen en wordt
gesubsidieerd door het Ministerie van W.V.C.

Antonius Deusinglaan 4
9713 VA Groningen
Telefoon 06501 63 20 63
Telex 06501 63 20 64

Groningen, 8 november 1990.

Geachte Collega,

In het kader van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' van het NIVEL, is ook onderzoek verricht naar het functioneren van de praktijkassistente. Als uitvloeisel hiervan heeft het Ministerie van WVC gevraagd de mening van de nederlandse huisartsen over het delegeren van taken aan de praktijkassistente te inventariseren.



Het onderzoek maakt deel uit van het promotieonderzoek van A. Nijland, huisarts.

Bijgaand treft U een enquête-formulier aan. Deze schriftelijke enquête wordt gehouden onder een, voor de nederlandse situatie, representatieve steekproef van huisartsen.

In de enquête worden, naast enkele persoonsgebonden achtergrondgegevens, vragen gesteld die handelen over de praktijkassistente en Uw mening over het delegeren van taken aan de praktijkassistente.

Het invullen van de enquête gebeurt door middel van het zetten van kruisjes of het invullen van een getal. Alleen de laatste twee vragen zijn 'open vragen'. Naar ons is gebleken neemt het invullen van het enquête-formulier ongeveer 10 - 15 minuten van Uw tijd in beslag.

Ook indien U werkt zonder assistentie, dan toch vragen wij U dit enquête-formulier in te vullen en aan ons op te sturen (retour-enveloppe bijgesloten).

Uw gegevens worden, uiteraard, anoniem verwerkt.

Bij voorbaat hartelijk dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend;


Prof. Dr. B. Meyboom - de Jong


A. Nijland, huisarts

Curriculum vitae

Albert Nijland werd geboren op 16 juni 1954 te Zuidlaren. Na de middelbare schoolopleiding (HBS-B) aan het Christelijk Lyceum te Emmen begon hij in 1973 zijn studie in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen, alwaar hij in 1980 het artsexamen aflegde. Ter voorbereiding op een uitzending als tropenarts verrichtte hij wisselassistent-schappen in het Koningin Juliana ziekenhuis te Hengelo en het St. Annadal ziekenhuis te Maastricht. Eveneens nam hij deel aan de 'Tropencursus' van het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam. Van 1984 tot 1987 werkte hij in het Mpilo ziekenhuis te Bulawayo, Zimbabwe. In dit universiteitsziekenhuis werkte hij op verschillende chirurgische afdelingen. Na terugkeer in Europa nam hij deel aan de 'Basic Sciences Course' van de University of Edinburgh, Schotland. Begin 1988 begon hij met de beroepsopleiding voor huisarts aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Frank Baarveld, huisarts te Oldemarkt en Homme Siebenga, huisarts te Wolvega, waren zijn huisarts-opleiders.

Vanaf 1 april 1989 tot 31 december 1990 heeft hij gewerkt aan het onderzoeksproject 'De assistente in de huisartspraktijk', wat tot dit proefschrift heeft geleid. Per 1 januari 1991 is hij als 'Registrar-Lecturer' verbonden aan de afdeling Algemene Heelkunde van de Medical University of Southern Africa (MEDUNSA), nabij Pretoria, Zuid-Afrika.

